



# **Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

## **Nivel de ansiedad y depresión del paciente que acude al tratamiento de hemodiálisis en un centro de diálisis privado Lima - Perú 2017**

### **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología

#### **AUTOR**

Maria Cristina NIETO RIVERA

#### **ASESOR**

Edna RAMÍREZ MIRANDA

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Nieto M. Nivel de ansiedad y depresión del paciente que acude al tratamiento de hemodiálisis en un centro de diálisis privado Lima - Perú 2017 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.

---



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

**INFORME DE CALIFICACIÓN**

LICENCIADA (O) : NIETO RIVERA MARIA CRISTINA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL PACIENTE QUE ACUDE AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN UN CENTRO DE DIALISIS PRIVADO LIMA - PERÚ 2017".**

**ESPECIALIDAD : ENFERMERIA EN NEFROLOGÍA**

Lima, 19 de setiembre de 2017

Señor Doctor  
**JUAN MATZUMURA KASANO**  
Vice Decano de Investigación y Post Grado  
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de **ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA** ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

16 (Dieciseis) )

LIC. ESP. CARMEN DEL CARMEN RAMOS



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Unidad de Post Grado

LIC. CARMEN ROSA DEL CARMEN RAMOS  
Programa de Segunda Especialización en Enfermería  
Coordinadora

Mary

**NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESION DEL PACIENTE QUE  
ACUDE AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS  
EN UN CENTRO DE DIALISIS PRIVADO  
LIMA – PERÚ  
2017**

Agradezco a Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.

A mi familia a quienes amo y por ellos soy lo que soy. Para mis padres: Pedro Nieto Miraval e Inés Rivera Palomino por su amor, apoyo y comprensión; y a mis hermanos: Helen, Pedro y Renzo.

## ÍNDICE GENERAL

Índice de tablas.....	7
Índice de gráficos.....	8
Resumen.....	9
Presentación.....	11

### **CAPITULO I: INTRODUCCIÓN**

1.1 Situación problemática.....	13
1.2 Formulación del Problema.....	18
1.3 Justificación.....	18
1.4 Objetivos.....	19
1.4.1 Objetivo general.....	19
1.4.2 Objetivos específicos.....	19

### **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes.....	20
2.2 Bases Teóricas.....	30
2.2.1 Insuficiencia Renal Crónica	
2.2.1.1 Definición.....	30
2.2.1.2 Etiología.....	31
2.2.1.3 Evolución.....	32
2.2.1.4 Manifestaciones clínicas.....	35
2.2.1.5 Diagnósticos y Evolución.....	36
2.2.1.6 Hemodiálisis.....	37
2.2.1.7 Complicaciones.....	39
2.2.1.7.1 Alteraciones físicas.....	39
2.2.1.7.2 Alteraciones nutricionales.....	41

2.2.1.7.3 Alteraciones psicológicas.....	42
2.2.1.7.3.1 Depresión.....	44
2.2.1.7.3.1.1 Definición.....	45
2.2.1.7.3.1.2 Epidemiología.....	47
2.2.1.7.3.1.3 Clasificación.....	49
2.2.1.7.3.1.4 Características clínicas de algunas formas de depresión.....	56
2.2.1.7.3.1.5 Manifestaciones clínicas.....	57
2.2.1.7.3.1.6 Factores de riesgo.....	59
2.2.1.7.3.2 Ansiedad.....	60
2.2.1.7.3.2.1 Definición.....	61
2.2.1.7.3.2.2 Modelo neuro-anatómico de la ansiedad.....	62
2.2.1.7.3.2.3 Etiopatología de los trastornos de ansiedad..	63
2.2.1.7.3.2.4 Prevalencia.....	66
2.2.1.7.3.2.5 Síntomas generales de la ansiedad.....	66
2.2.1.7.3.2.6 Reconocimiento y Evaluación.....	67
2.2.1.7.3.2.7 Tipos.....	69
2.2.2 Rol de la enfermera en el Hemodiálisis.....	72
2.3 Definición operacional de términos.....	73
2.4 Planteamiento de la hipótesis.....	73

### **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	75
3.2 Lugar de estudio.....	75
3.3 Población de estudio.....	76
3.4 Unidad de análisis.....	76
3.5 Muestra y Muestreo.....	76
3.6 Criterios de selección.....	76



3.6.1 Criterios de inclusión.....	76
3.6.2 Criterios de exclusión.....	76
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	77
3.8 Procedimientos para el análisis e interpretación de la información.....	77

#### **CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1 Resultados.....	79
4.2 Discusión.....	82

#### **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones.....	88
5.2 Recomendaciones.....	89
5.3 Limitaciones.....	89

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....**

90

#### **ANEXOS.....**

93

##### Anexo A: Operacionalización de la variable.....

94

##### Anexo B: Instrumento.....

97

##### Anexo C: Consentimiento informado.....

101

##### Anexo D: Grado de concordancia entre los jueces según la prueba binomial.....

102

##### Anexo E: Confiabilidad del instrumento.....

103

##### Anexo F: Medición de la variable.....

104

##### Anexo G: Datos generales.....

106

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°

Pág.

1	Nivel de ansiedad y depresión de los pacientes que acuden al tratamiento de hemodialisis en un centro de dialisis privado Lima.2017	99
2	Nivel de ansiedad de los pacientes que acuden al tratamiento de hemodialisis en un centro de dialisis privado Lima.2017	99
3	Nivel de depresión de los pacientes que acuden al tratamiento de hemodialisis en un centro de dialisis privado Lima.2017	100

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°		Pág.
1	Nivel de ansiedad y depresión de los pacientes que acuden al tratamiento de hemodialisis en un centro de dialisis privado Lima.2017	72
2	Nivel de ansiedad de los pacientes que acuden al tratamiento de hemodialisis en un centro de dialisis privado Lima.2017	73
3	Nivel de depresión de los pacientes que acuden al tratamiento de hemodialisis en un centro de dialisis privado Lima.2017	74

## **RESUMEN**

El presente estudio de investigación “Nivel de ansiedad y depresión de los pacientes que acuden al tratamiento de hemodiálisis en una clínica de diálisis privado Lima.2017” tuvo como objetivo general determinar el nivel de ansiedad y depresión de los pacientes que acudieron al tratamiento de hemodiálisis. Fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, nivel aplicativo y corte transversal. La población estuvo conformada por un total 25 pacientes. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento empleado fue la escala tipo Likert modificada. Luego de analizar los resultados se llegó a las siguientes conclusiones: El nivel de ansiedad y depresión de los pacientes que acudieron al tratamiento de hemodiálisis fue medio; nivel de ansiedad fue alto en los síntomas de hipervigilancia, tales como percepción de amenaza, sensación de miedo y preocupación elevada; y síntomas motores como tensión muscular y fatigabilidad; nivel de depresión fue medio en las áreas cognitiva tales como, falta de concentración y deterioro de las relaciones interpersonales; y área física como pérdida de sueño, pérdida de peso y dolores corporales difusos.

**Palabras claves:** Ansiedad, depresión, hemodiálisis, pacientes.

## SUMMARY

The present research study "Anxiety and depression level of patients attending the hemodialysis treatment of a private dialysis clinic Lima.2016" has as general objective to determine the level of anxiety and depression of the patients that goes to the treatment of hemodialysis. It is a quantitative approach, descriptive type, application level and cross section. The population consisted of a total of 25 patients. The technique used was the survey and the instrument used was the modified Likert scale. After analyzing the results, the following conclusions were reached: The level of anxiety and depression of the patients that go to the hemodialysis treatment was medium; level of anxiety is high in hypervigilance symptoms, such as perceived threat, feeling of fear and high concern; and motor symptoms such as muscle tension and fatigue; level of depression was average in cognitive areas such as, lack of concentration and deterioration of interpersonal relationships; and physical area such as sleep loss, weight loss and diffuse body aches.

.

**Key words:** Anxiety, depression, hemodialysis, patients.

## **PRESENTACIÓN**

La insuficiencia renal crónica (IRC) consiste en una disminución progresiva y global de la función renal, que alcanza un nivel inferior al 10 % en la insuficiencia renal crónica terminal, estadio más grave de la enfermedad renal. La diálisis es un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre, el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida en líquidos y alimentos por lo que, estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento de hemodiálisis.

La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y la hemodiálisis, sobre sus condiciones de vida y las habilidades individuales para adaptarse a la condición de dependencia del programa de hemodiálisis. El impacto tiene relación con las perturbaciones en el estilo de vida, cambios anatómicos y funcionales y las discapacidades que se van produciendo, por lo que a medida que avanza el tratamiento, los sentimientos de angustia, de desesperanza, y de invalidez van siendo comunes a todos.

El presente trabajo de investigación que tiene como título “Nivel de ansiedad y depresión del paciente que acude al tratamiento de hemodiálisis de un centro de diálisis. Lima.2017”, tiene como objetivo determinar el nivel de ansiedad y depresión de los paciente que acuden al

tratamiento de hemodiálisis y el propósito de proporcionar información actualizada a las autoridades correspondientes, a fin de que a partir de los hallazgos les permita elaborar o mantener la implementación de un programa de supervisión, monitoreo y evaluación de los trastornos emocionales ya mencionados.

El trabajo ha sido estructurado de la siguiente manera para su mejor comprensión: Capítulo I: Introducción, donde se detalla la situación problemática, formulación del problema, justificación y objetivos. Capítulo II: Marco Teórico, encontrando los antecedentes, base teórica, definición operacional de términos y planteamiento de la hipótesis. Capítulo III Metodología. Capítulo IV: Resultados y Discusión. Capítulo V: Conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos.

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Situación Problemática**

Según la OMS (2016) Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. Las emergencias humanitarias y los conflictos aumentan la necesidad de ampliar las opciones terapéuticas. La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresión y la ansiedad. Además, según un nuevo informe, 322 millones de personas tuvieron desordenes asociados a la depresión en 2015, un 18% más de los que la padecían en 2005; con relación a la ansiedad, el informe apunta que 250 millones de personas padecían en 2015 algún tipo de fobia, ataque de pánico, comportamiento obsesivo compulsivo y desórdenes postraumáticos. Dichos trastornos mentales son una de las causas principales de discapacidad y que las pérdidas económicas que provoca exceden un billón de dólares cada año, producto de la apatía y la falta de energía que produce en sus víctimas.



La OPS (2016) nos informa que entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros. Según el informe, en Latinoamérica, Brasil es el país que más casos de depresión sufre con un 5,8 % de prevalencia; seguido de Cuba, Paraguay, Chile y Uruguay. El 76,5% de los países de América Latina y el Caribe informaron que cuentan con un plan nacional de salud mental. Entre 60% y 65% de las personas que necesitan atención por depresión en América Latina y el Caribe no la reciben. Además un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio; en las Américas alcanzan alrededor de 63.000.

En el Perú según el MINSA (2012) más de 11 millones de peruanos tendrían un problema mental a lo largo de su vida, cuatro de cada diez peruanos presentarían problemas de ansiedad, depresión, adicción u otro problema mental a lo largo de su vida, advirtió. Según estadísticas de la Dirección de Salud Mental del Minsa, los problemas centrales a nivel nacional son la ansiedad y depresión, las mismas que se presentan en todos los sectores socioeconómicos con incidencia en Lima, Arequipa, Cusco, La Libertad y Callao. Sólo en el primer semestre de este año, los casos atendidos por problemas de salud mental y trastornos psiquiátricos fueron 266 mil 903"; los casos de trastorno ansioso diagnosticado suman 97 mil 604, mientras que los trastornos afectivos suman 74 mil 238. De estos últimos, 70 mil 137 correspondieron a depresión. "Estas cifras revelan que la población peruana admite tener un problema en su estado emocional y deja de lado el estigma de ser un paciente con problemas de salud mental", aseguró Cueva Vergara, la directora ejecutiva de Salud

Mental del Minsa (2012). Por ello se llevaron a cabo estrategias como la implementación de 170 módulos de atención integral en salud mental en todas las regiones del país.

Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi confirman los siguientes hallazgos: hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%<sup>3</sup>, en la sierra peruana de 16,2%<sup>4</sup> y en la Selva de 21,4%<sup>5</sup>. La depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos dan como resultado que en un mes 1 % de las personas de Lima Metropolitana 0,7% en la sierra y 0,6% en la selva presenten intentos suicidas. Rondón M. (2011).

El presente trabajo de investigación se enfocó en los niveles de ansiedad y depresión de aquellos pacientes que acudieron a su tratamiento de hemodiálisis, evidenciándose poca información en Lima Metropolitana sobre este tema.

El ingreso de un paciente en un programa de diálisis periódicas supone un punto de inflexión importante en su vida y en muchas ocasiones marca un antes y un después; el de adaptarse a una situación nueva, con el temor a lo desconocido, la sensación de dependencia, el sufrimiento por la situación personal y por ver sufrir a quienes tienen cerca. Una explosión de sentimientos que sumados al deficiente estado de salud, pueden generar actitudes que llegan a condicionar la evolución de la enfermedad.

Es así que los pacientes en hemodiálisis tienen que pasar por un proceso de adaptación, en el cual uno de los elementos más importantes son las emociones. El paciente se enfrenta a situaciones nuevas, aumentando el riesgo de presentar depresión o ansiedad. Al ser una enfermedad crónica, se necesita un trabajo interdisciplinario de médicos, psicólogos, enfermeras, etc. El apoyo familiar y social también es un factor importante a tener en cuenta en el tratamiento de la ansiedad y la depresión.

A menudo subestimamos los niveles de depresión y ansiedad de los pacientes sometidos a diálisis, centrando nuestra dedicación y esfuerzos al tratamiento dialítico. Sin embargo, es frecuente que el conseguir los objetivos terapéuticos no lleve asociada una percepción de mejoría en la calidad de vida por parte del paciente por consiguiente son pocos los estudios que valoren síntomas y trastornos emocionales que puede padecer el paciente, siendo la segunda condición de comorbilidad en pacientes con insuficiencia renal grave que requieren hemodiálisis. Entre los principales factores desencadenantes de estrés estarían: el miedo a la muerte, miedo a “la máquina”, síntomas físicos que no desaparecen con el tratamiento o que aparecen como consecuencia del mismo (mareos, hipotensiones, cansancio fácil, disminución de la libido, impotencia), incertidumbre sobre el trasplante, limitaciones en la vida social y laboral, dieta restrictiva y alteración de la autoimagen provocada por el acceso vascular.

Como ya es sabido, es misión de la enfermera dar soporte a los pacientes teniendo en cuenta cómo viven, sienten y afrontan este entorno

y las circunstancias que determinan el proceso de enfermedad. Las circunstancias frecuentemente dibujan un mapa difuso e incierto que puede repercutir en la percepción del paciente y en sus capacidades para afrontarlo, generando inestabilidad física y emocional.

Es así que actualmente, en la práctica se evidencia que los profesionales de la salud están más abocados a la parte fisiológica de la enfermedad y el tratamiento que en el estado anímico y emocional del paciente. Al interactuar con algunos de los pacientes refieren: “Srta. me siento cansado cuando termino mi tratamiento” “a veces no tengo ganas de venir” “solo vengo a mis tratamientos porque mis hijos me traen, porque yo no tengo ganas” “señorita porque dura tanto la hemodiálisis”. Además comentaban que durante el tratamiento les gustaría conversar e interactuar más con la enfermera ya que tenían algunas dudas respecto al seguimiento del tratamiento. En algunos momentos sentían temor y ansiedad por la falta de seguridad en relación al tratamiento recibido, hecho que se evidenciaba al querer que el tiempo de tratamiento sea de corta duración.

Con ello surge una serie de interrogantes tales como ¿estarán recibiendo una adecuada atención los pacientes? ¿Será importante el estado emocional del paciente? ¿Cuánto influye esto en la evolución de su enfermedad? ¿Los profesionales de la salud consideran que es una parte importante del tratamiento? ¿Los pacientes padecerán de ansiedad? ¿Cuál es el rol de enfermería?

En este contexto, el presente estudio plantea la necesidad de evaluar el nivel de ansiedad y depresión del paciente que acude al

tratamiento de hemodiálisis de un centro de diálisis privado, con el fin de evidenciar la importancia del estado emocional en la evolución de su enfermedad y así contribuir a disminuir la tasa de comorbilidad de la enfermedad renal crónica.

## **1.2 Formulación del problema**

Frente a la problemática fundamentada surge la necesidad de formular la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión del paciente que acude al tratamiento de hemodiálisis de un centro de diálisis privado Lima-Perú 2017?

## **1.3 Justificación**

- Los niveles altos de depresión incrementan la mortalidad de los pacientes en una serie de enfermedades crónicas. La depresión puede producir un cambio en la personalidad del individuo provocando un descenso en el cuidado personal, un mayor riesgo para la salud, en la adherencia al tratamiento, dieta, alimentos y líquidos, estos eventos son presenciados a diario durante el proceso de hemodiálisis al paciente y para evitarlos se debe medir en que niveles se encuentra para poder tomar decisiones y ayudar a enfrentarlos.
- Se ha evidenciado también que los pacientes con un alto nivel de ansiedad acuden más a urgencias, se hospitalizan más y tienen mayor mortalidad. La ansiedad se deriva de aquellos aspectos relacionados con el desconocimiento de la enfermedad, de la evolución y del tratamiento, es decir, cuando existe una incoherencia de las circunstancias y el marco de

estímulos no es el adecuado para que los sujetos puedan interpretar la situación vivida. Pero, además, la ansiedad incide y puede afectar a la capacidad de aprendizaje, energía, motivación y capacidad de seguir el tratamiento que puedan llevar al paciente a contextos desfavorables para la toma de decisiones sobre su salud y las previsiones de evolución. En tal sentido se requiere tener una información real y de carácter científico del nivel de depresión y ansiedad de los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis, el cual a su vez nos sirve de manera indirecta para medir la atención psicosocial de este tipo de pacientes y que las autoridades de la institución pueda desarrollar programas de capacitación al personal que a diario evidencia estas necesidades en el paciente para afrontarlas.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general:**

- Determinar el nivel de ansiedad y depresión del paciente que acude al tratamiento de hemodiálisis en un centro de diálisis privado.

### **1.4.2 Objetivos específicos:**

- Identificar el nivel de ansiedad del paciente que acude al tratamiento de hemodiálisis en un centro de diálisis privado.
- Identificar el nivel de depresión del paciente que acude al tratamiento de hemodiálisis en un centro de diálisis privado.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 Antecedentes**

##### **- Ámbito internacional**

Cuestas A. I. y Vertedor C.C. (2012). Actividad física, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis (Tesis de investigación). Universidad de Málaga, España. Con el objetivo de analizar la relación que pueda existir entre la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes que realizan ejercicio físico habitual y los que no lo realizan, para identificar que la actividad física es un factor protector a la hora de sufrir depresión o trastornos ansiosos. Estudio descriptivo transversal analítico. Para ello se ha aplicado el inventario de depresión de Beck (BDI-II), el inventario de ansiedad estado rasgo (STAI), y el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) a 50 pacientes de un centro de hemodiálisis, que cumplieran unos criterios de inclusión y exclusión determinados. Los resultados fueron:

“De los 50 pacientes del estudio, presentaron algún trastorno de depresión según la escala de Beck 18 pacientes. El 15,4 % fue trastornos de depresión leve y el 7,7% depresión moderada. Con respecto a la ansiedad según STAI, el 51,3 % presentaban ansiedad leve frente al 12,8% que sufrían ansiedad moderada. El total de pacientes que realizaba ejercicio físico de algún tipo, (moderado o activo) fueron 22.”

Mesa M. M., Vázquez J. y Álvarez N. R. (2012). Depresión y ansiedad en los pacientes de hemodiálisis. (Estudio de investigación). Instituto de Nefrología, La Habana – Cuba. Con el objetivo de identificar los niveles de ansiedad y depresión que presentan los pacientes en hemodiálisis atendidos en el Instituto Nefrología. Se realizó un estudio descriptivo con una muestra conformada por 69 pacientes que dieron su consentimiento a participar. Se les aplicó una escala de evaluación –HAD-, analizándose cada una de las variables, a las que se les calculó las frecuencias acumuladas y relativas. Los resultados fueron:

“Se obtuvo que los pacientes del sexo masculino tenían más depresión y ansiedad que los del sexo femenino, la ansiedad predominó en las edades entre 45 y 64 años y la depresión en los de más de 65 años, el estado civil soltero fue el más afectado por depresión, los cambios desfavorables en la



situación económica se manifestaron con depresión y la ansiedad afectó más a los pacientes con menos de 5 años en diálisis, así como la depresión a los de más de 5 años de tratamiento.”

Gómez J. M., Naranjo L. y Olarte E. J. (2011). Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia – Quindío. (Estudio de investigación), Quindío – Colombia. Con el objetivo de identificar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). Para ello se realiza una investigación de carácter descriptivo-cuantitativa en una muestra de 12 pacientes con IRC a los que se les aplicó la escala hospitalaria de ansiedad y depresión de Hamilton. Los resultados fueron:

“El cuadro orgánico muestra una tendencia ansiosa en el 66% de los encuestados, mientras que el 28% presenta tendencias depresivas, con puntuaciones que fluctúan entre niveles normales y medios. Se encuentra la existencia de una relación directamente proporcional entre los puntajes de ansiedad y depresión obtenidos de la escala hospitalaria, los cuales muestran que a mayor nivel de ansiedad, mayor nivel de depresión, evidenciándose una correlación del 80% entre las variables mencionadas. El promedio de

ansiedad en hombres puntuado en la escala de ansiedad y depresión de Hamilton fue de 7, lo que muestra tendencias ansiosas medias, mientras que el promedio de depresión puntuado en dicha escala es de 4, lo que señala tendencias bajas; el promedio de ansiedad puntuado en la escala en las mujeres fue de 6.8, lo que al igual que en las cifras masculinas señala niveles medios, mientras que los niveles de depresión fueron de 4.6, levemente más elevado que en los hombre.”

Amador R., Pons E. y Espinosa C. (2011). Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis: La creatividad para combatirlas. (Estudio de investigación). Universidad de Málaga, Málaga-España. Con el objetivo de identificar la actitud de nuestros pacientes sometidos a programa de diálisis periódica. Estudio descriptivo transversal. Participaron en el estudio un total de 108 pacientes en un programa de hemodiálisis periódicas procedentes del Centro “El Consul”, de FMC en Málaga. Emplearon, previo consentimiento del paciente, el inventario de ansiedad y depresión de Beck (tablas 1 y 2 respectivamente). Los resultados fueron:

“De estos 108 pacientes, cumplieron de forma completa las encuestas para evaluar la existencia o no de depresión así como el grado de la misma un total de 105 pacientes (44 pacientes procedentes de la sala 1, 42 de la sala 2 y 19 de la sala 3). El análisis de los

datos muestra que el 54,29% de los pacientes tienen depresión en algún grado (34.29% leve, 14.29% moderada-severa, 5.71% severa). En el caso de la ansiedad de los 108, cumplieron de forma completa las encuestas para evaluar la existencia o no de ansiedad así como el grado de la misma un total de 98 pacientes (40 pacientes procedentes de la sala 1, 39 de la sala 2 y 19 de la sala 3). El análisis de los datos muestra que tan solo el 27.55% de los pacientes tienen ansiedad moderada o severa (17.35% moderada y 10.20% severa).”

Páez A. E., Jofré M. J., Azpiroz C. R. y De Borteli M. A. (2010) Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. (Estudio de investigación). Universidad Nacional de San Luis, Argentina. Con el objetivo de identificar los niveles de ansiedad y depresión en 30 pacientes (15 mujeres) de edades comprendidas entre 25 y 85 años con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. La investigación fue de diseño transversal. Como instrumentos se utilizaron: una entrevista semiestructurada para pacientes dializados, el Inventario de Depresión de Beck-II y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. Los resultados fueron:

“La muestra estaba integrada por 50% de hombres y 50% de mujeres. El 46% de los pacientes era casado; el 23%, soltero; el 19 %,

divorciado, y el 13%, viudo; sólo dos pacientes vivían solos. El 60% de los participantes no desempeñaba ningún tipo de actividad laboral. El 3,3% de los integrantes presentó depresión leve; el 16,7 %, depresión moderada, y el 36,7%, depresión grave; en síntesis, el 56,7% de la muestra manifestó algún grado de depresión. Con respecto a la ansiedad estado, el 16,7% de los pacientes presentó niveles bajos de ansiedad estado y el 3,3%, ansiedad estado alta. En cuanto a la ansiedad rasgo, el 13,3% de los enfermos renales crónicos manifestó bajos niveles de ansiedad rasgo y el 23,3%, altos niveles de ansiedad rasgo. En pacientes con IRC la anemia está caracterizada por un hematocrito menor o igual a 30%; dado que la media encontrada de hematocrito es del 28%, la muestra estudiada posee anemia, común en hemodializados con IRC. La media de uremia obtenida está aumentada (valores de referencia entre 15-39 mg/dl) evidenciando una reabsorción nefronal disminuida propia de la insuficiencia renal. La creatininemia encontrada, 5 veces superior a los niveles normales (hasta 1.3 mg/dl), indica claramente la pérdida de la función renal en la población estudiada, confirmando la IRC.”

- **Ámbito Nacional**

Salazar C. (2015). Nivel de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Dos de Mayo. Lima-Perú. Julio 2015 – Diciembre 2015. (Tesis para optar título de médico cirujano) Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú. Con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad y depresión de estos pacientes hospitalizados, empleando el instrumento Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Beck Depression Inventory (BDI) y APACHE II, la población estuvo conformada por 104 pacientes. Los resultados fueron:

“La ansiedad estaba presente en el 23,1% los pacientes mientras que la depresión en el 27,88%. La ansiedad estaba presente en el 26,92% de las mujeres y 19,25% de los varones ( $p=0,003$ ) y la depresión en el 100% de varones y 98,07% de las mujeres ( $p=0,006$ ), cabe resaltar que el grado que se presentó con mayor frecuencia fue el de depresión moderada. Los pacientes con ansiedad y depresión no estaban más graves según el índice de APACHE. Los pacientes con ansiedad tenían menos edad (entre 27,1 años en promedio), menor escolarización (educación secundaria) de la misma manera que los pacientes con depresión.”

Gonzáles P. (2012) Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con infarto agudo marzo a abril, 2012. (Tesis para Especialidad) Universidad

Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú. Con el objetivo de evaluar su prevalencia se llevó a cabo un estudio prospectivo en el Servicio de Cardiología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, empleando para el análisis el cuestionario de ansiedad y depresión de Zung. La población estuvo conformada por 57 pacientes. Los resultados fueron:

“El 71.9% de ellos tuvieron más de 60 años de edad. El 59.6% fueron de sexo masculino. El 84.20% tuvieron un grado de instrucción secundario o superior. El 73.7% fueron casados. De ellos, el 57.89% tenían Hipertensión Arterial, obesidad en el 63.15% y dislipidemia en el 50.87%. El antecedente de más de 2 factores de riesgo cardiovascular se presentó en el 73.7 % y de más de 3 factores en el 7%. Los niveles de ansiedad moderada o severa se presentaron en el 66.7% y niveles de depresión moderada o severa se presentaron en el 68.4%. Estos niveles de ansiedad y depresión no estuvieron asociados con ninguna de las variables clínicas evaluadas ( $p < 0.05$ ).”

Valencia A. G. (2010). Nivel de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N°5, Arequipa 2010. (Tesis para Especialidad).Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.

Con el objetivo de Correlacionar la tuberculosis y las manifestaciones depresivas en los pacientes que actualmente vienen recibiendo tratamiento antituberculoso del 1 de enero al 31 de diciembre

del 2010. Es de tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal y correlacional. La población estuvo constituida por 90 pacientes. El instrumento que se utilizó fue el inventario de Depresión de Hamilton y los datos obtenidos a través de una ficha en la cual figuran los datos clínicos y sociodemográfico más importantes. Los resultados fueron:

“Se encontró que la muestra en estudio está conformada en su mayoría (83.34%) por pacientes cuyas edades fluctúan entre los 15 y 44 años, que son afectados mayormente los varones (62.22%), más del 50% tienen estudios secundarios, son solteros, tienen un trabajo independiente y cuentan con los servicios básicos de salubridad. El 77% de los enfermos es portador de la enfermedad a nivel pulmonar y reciben por tratamiento el esquema I, el 6% de los casos es portador de tuberculosis multidrogorresistente y por lo tanto reciben el esquema estandarizado de retratamiento. Presentan niveles más intensos de depresión (36.745%) aquellos pacientes que cuentan con estudios primarios (73.33%), también se encuentran más deprimidos los enfermos que tienen un trabajo en su domicilio (71,43%), asimismo se deprimen más los pacientes que provienen de la región Arequipa (62.22%) seguido de los provenientes de Puno (53.85%). La tuberculosis afecta en orden de frecuencia

a: los pulmones, la pleura, los riñones, y el sistema linfático, de ellos se deprime con niveles más intensos los portadores de la enfermedad a nivel renal en un 100%, seguido de los enfermos pulmonares en un 38.23%. Los pacientes que reciben el esquema de tratamiento para tuberculosis multidrogorresistente alcanzan cuadros depresivos más severos (60%), seguido del grupo de pacientes que reciben el esquema I (39.14%). A mayor tiempo de duración del tratamiento los niveles de depresión tienen mayor intensidad, es así que los que reciben la terapia por más de seis meses lo están en el 60%.”

Pimentel M., Bisso A. (2010). Nivel de ansiedad y depresión en pacientes VIH/SIDA asintomáticos y sintomáticos. (Tesis para Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú. Con el objetivo de identificar y comparar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes (18 a 42 años) con el VIH asintomáticos y sintomáticos. La investigación siguió un diseño descriptivo – comparativo. La muestra estuvo conformada por dos grupos de pacientes de atención ambulatoria, un grupo 1 asintomático (n=10) y otro grupo 2 sintomático (n=10). Para evaluar a los pacientes se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y el inventario de autoevaluación de ansiedad. Los resultados fueron:



“Los pacientes presentaron mayor incremento de la sintomatología de depresión en el área física, cuanto más recientemente habían conocido su diagnóstico. Si bien, los pacientes sintomáticos tuvieron un mayor nivel de ansiedad y depresión que el grupo asintomático, las diferencias no tuvieron significancia estadística. El análisis de las áreas afectivas, cognitivas, conductual y motivacional de ambos grupos, tampoco demostró diferencias significativas.”

## **2.2 Base Teórica**

### **2.2.1 Insuficiencia renal crónica**

#### **2.2.1.1 Definición**

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado  $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ . También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino metabólicas.

La afectación o daño renal pueden determinarse por marcadores directos e indirectos, independientemente del factor causal precipitante.

El término insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se ha utilizado fundamentalmente para referirse a aquella situación subsidiaria de inicio de tratamiento sustitutivo de la función renal, bien mediante diálisis o trasplante, con unas tasas de incidencia y prevalencia crecientes en las dos últimas décadas.

#### **2.2.1.2 Etiología**

Es conveniente distinguir entre aquellos procesos capaces de causar lesión renal con posterior evolución a IRC y los procesos que actúan independientemente de la enfermedad inicial y contribuyen a la progresión de la enfermedad.

A la hora de analizar la etiología de la IRC en el anciano, respecto a otros grupos de edad, se evidencian diferencias importantes entre ambos.

Con respecto a la etiología de la IRCT, en el último informe preliminar de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología y Registros Autonómicos del año 2002, los resultados por orden para todo el conjunto poblacional haciendo referencia a la IRCT fueron los siguientes:

- a) No filiada.
- b) Nefropatía diabética.
- c) Nefropatía vascular.
- d) Glomerulonefritis crónica.
- e) Pielonefritis crónica.
- f) Otras.

- g) Poliquistosis renal.
- h) Hereditarias.

Comparativamente, y respecto a registros anteriores, se describe un incremento de las causas no filiadas y hereditarias, manteniéndose en la misma proporción el resto de las causas a excepción de la neuropatía diabética, glomerulonefritis crónica, pielonefritis y poliquistosis cuyas proporciones disminuyen.

Según este informe, la IRCT es una patología que afecta sobre todo a pacientes ancianos, con un notable aumento de la incidencia a medida que aumenta la edad, siendo 10 veces más frecuente en el grupo de edad de 65-75 que en el de pacientes más jóvenes.

### **2.2.1.3 Evolución**

La IRC es una enfermedad progresiva, que evoluciona en diferentes estadios en los que se van incrementando las manifestaciones clínicas. Dichos estadios se establecen basados en la función renal medida por el filtrado glomerular estimado.

La determinación de creatinina no es considerada como una buena medida de función renal, ya que no refleja el mismo grado de función en todos los pacientes.

La creatinina depende de la masa muscular, edad, sexo y secreción tubular entre otros factores. El riñón es capaz de perder hasta un 50% de su función sin reflejar un incremento en la creatinina sérica. La recogida de

orina de 24 horas está sujeta, a su vez, a variaciones importantes y errores considerables.

Por ello, en las diferentes guías se recomienda el cálculo estimado de la filtración glomerular, siendo recomendada la utilización de la fórmula de Cockcroft-Gault.

Su progresión suele seguir un patrón constante, dependiente de la etiología y de las características del paciente; sin embargo, dicha evolución puede verse acelerada por diferentes factores patológicos y ralentizados por medidas terapéuticas pautadas.

En el año 2002, la National Kidney Foundation estadounidense publicó a través del proyecto K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) una serie de guías de práctica clínica sobre la evaluación, clasificación y estratificación de la ERC. Así se consiguió definir, clasificar en estadios y evaluar los métodos de estudio de esta patología con el fin de retrasar su aparición, prevenir complicaciones y establecer un adecuado manejo terapéutico.

Esta clasificación permite, a su vez, la detección de pacientes de riesgo para el desarrollo de la enfermedad:

**a) Estadios 1 y 2:** daño renal con: FG 90 ml/min/ 1,73 y FG 60-89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, respectivamente. En esta situación podemos encontrar: microalbuminuria/ proteinuria, alteración en el sedimento urinario y en las pruebas de imagen. Aproximadamente el 75% de los individuos mayores de 70 años se encuentran en este estadio. La función renal global es suficiente para mantener al paciente asintomático, debido a la función

adaptativa de las nefronas. El correcto plan de actuación en ambos estadios radica en el diagnóstico precoz y en el inicio de medidas preventivas con el fin de evitar la progresión.

**b) Estadio 3:** FG 30-59 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Puede acompañarse de las siguientes alteraciones: aumento de urea y creatinina en sangre, alteraciones clínicas (hipertensión, anemia), alteraciones de laboratorio (hiperlipidemia, hiperuricemia), alteraciones leves del metabolismo fosfo-cálcico y disminución de la capacidad de concentración urinaria (poliuria/nicturia). La ERC, estadios 2-3, aumenta con la edad, siendo la prevalencia mayor en mujeres con una tendencia de aparición en edades medias, persistiendo en edades mayores de 65 años. Con el método Cockcroft-Gault, casi la mitad de las mujeres mayores de 65 años tienen una ERC estadio 3 frente a un tercio de los varones. Una vez alcanzado el estadio 3, comienzan a aparecer signos clínicos que demuestran la vulnerabilidad renal. La totalidad de los pacientes deben someterse a una valoración nefrológica global, con el fin de recibir tratamiento específico preventivo y detectar complicaciones.

**c) Estadio 4:** FG 15-29 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. En este estadio se produce una intensificación de alteraciones clínicas: anemia intensa refractaria, hipertensión acentuada, trastornos digestivos, circulatorios y neurológicos. Puede haber acidosis metabólica, alteraciones moderadas del metabolismo fosfo-cálcico y prurito. Se conserva, no obstante, la excreción adecuada de potasio. En dicho estadio además de la instauración de terapéutica específica se hace indispensable la valoración de la instauración de una preparación para el tratamiento renal sustitutivo.

**d) Estadio 5:**  $FG < 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ . Cursa con osteodistrofia renal y trastornos endocrinos y dermatológicos sobreañadidos a las alteraciones previas. Dicho estadio corresponde al síndrome urémico, en el que además de las medidas previas es obligada la valoración del inicio del tratamiento renal sustitutivo: diálisis —peritoneal/hemodiálisis— o trasplante renal. Es conocido que los pacientes pertenecientes al estadio 5 no reciben una atención adecuada en estadios anteriores, y que en un alto porcentaje son remitidos tardíamente a los servicios de nefrología desde los centros de Atención Primaria y especializada. Entre los motivos destacan: edad avanzada, severa comorbilidad, ausencia de síntomas, factores económicos y un diagnóstico tardío.

#### **2.2.1.4 Manifestaciones Clínicas**

En general, las manifestaciones clínicas de la IRC aparecen de forma progresiva, manteniendo una gran variabilidad de un paciente a otro, en función de la velocidad de progresión y de la cantidad de masa renal funcionante. Aclaramientos de creatinina inferiores a  $30 \text{ ml/min}$  marcan habitualmente la frontera en la que la IRC se hace sintomática, desarrollándose a partir de entonces un amplio espectro de manifestaciones clínicas paralelas al estadio evolutivo.

Función renal:

- < Reserva funcional renal, Aclaramiento de creatinina (120-60): Disminución de nefronas funcionantes y aumento del filtrado en nefronas residuales. Balance equilibrado de sodio, agua y ácido.

- Deterioro renal, Aclaramiento de creatinina (59-30): Disminución del filtrado glomerular. Aumento de PTH. Disminución de 1,25 (OH) D3. Anemia leve.

- Insuficiencia renal, Aclaramiento de creatinina (20-10): Aumento del P. hiperparatiroidismo. Osteodistrofia. Acidosis. Uremia. Anemia. Hipocalcemia (no siempre). Astenia. Hiponatremia. Falta de concentración y dilución de la orina.

- Uremia, Aclaramiento de creatinina (< 10): Irritabilidad. Letargia. Anemia severa. Coagulopatía. Inmunosupresión. HTA. Anorexia. Vómitos. Neuropatía periférica. Osteodistrofia: fracturas. Impotencia. Esterilidad. Homeostasis del K y H<sub>2</sub>O dependiente de diuresis. Gastritis. Disnea y edema agudo de pulmón.

#### **2.2.1.5 Diagnostico Y Evaluación**

La base diagnóstica se fundamenta en una exhaustiva historia clínica donde se recojan antecedentes personales y familiares, síntomas clínicos, parámetros analíticos y pruebas de imagen

1. Antecedentes personales y familiares: factores de riesgo cardiovascular, uso de drogas, exposición a elementos tóxicos, así como malformaciones o enfermedades hereditarias.

2. Síntomas clínicos: previamente descritos. Destacar que en numerosas ocasiones la ausencia de síntomas o clínica inespecífica pueden estar presentes, sin olvidar que la clínica urémica se manifiesta en fases muy avanzadas.

3. Parámetros analíticos: es frecuente observar las siguientes alteraciones:

- Hematología y metabolismo
- Productos del metabolismo proteico: aumentan con la disminución de la función renal.
- Iones
- Técnicas de imagen: importantes a la hora de aportar información complementaria.
- Factores reversibles: en todo diagnóstico es vital determinar situaciones que puedan acelerar la progresión de la IRC y cuyo tratamiento resuelva dicho estado. Entre dichos factores caben destacar alteraciones metabólicas, hemodinámicas o hidroelectrolíticas, sin olvidar sustancias nefrotóxicas y procesos infecciosos.

#### **2.2.1.6 Hemodiálisis**

La hemodiálisis es una de las terapias de reemplazo renal que consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido. Los tres componentes principales de la diálisis son: el dializador, el sistema de transporte y la composición del líquido de diálisis. La sangre se pone en contacto con el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. El movimiento de sustancias y agua ocurre por procesos de difusión, convección y ultrafiltración.

La difusión es el principal mecanismo por el cual se eliminan moléculas y depende de la diferencia entre la concentración plasmática y del líquido de diálisis, el área de superficie de la membrana semipermeable y el coeficiente de difusión de la membrana. El tamaño y la carga de la



molécula influyen directamente en su paso por la membrana semipermeable.

Mientras menor sea el peso molecular de una sustancia, su gradiente de difusión por la membrana aumenta. La convección permite la eliminación de solutos siguiendo el flujo del líquido. La ultrafiltración se refiere a la eliminación de agua libre debido a la aplicación de una presión hidrostática negativa, que puede ser manipulada dependiendo del exceso de volumen que se desea eliminar.

La hemodiálisis requiere establecer de manera temprana un acceso vascular que permita la entrada y salida de sangre. Existen diferentes tipos de acceso: la fístula arteriovenosa (FAV), el injerto y el catéter central. La FAV es una anastomosis que se realiza entre una arteria y una vena. Las más utilizadas son las fístulas radiocefálica, braquiocefálica y braquiobasílica.

Cuando no es posible realizar una FAV se utiliza un injerto para establecer una conexión entre una arteria y una vena. Los injertos tienen la ventaja de poder ser utilizados semanas después de su colocación y son relativamente fáciles de canular.

Cuando se requiere de hemodiálisis con urgencia, cuando ocurrió fracaso del primer acceso o cuando hubo remisión tardía del paciente al nefrólogo se utiliza el catéter venoso central, que no es el más adecuado por su alto índice de complicaciones, siendo la bacteremia la más importante.

En la IRC la hemodiálisis debe ser iniciada el momento en el que todavía hay función renal residual suficiente como para que no haya una uremia manifiesta. Actualmente las técnicas de hemodiálisis siguiendo un régimen de 5 horas 3 veces por semana, solamente alcanzan una depuración equivalente a 20 ml/min en un individuo de 70 kg. La prescripción de la modalidad de hemodiálisis debe realizarse en función de las características del paciente. Gotch y Sargent propusieron utilizar el parámetro  $Kt/V$ , donde K es depuración de urea, t duración de la sesión de diálisis, y V volumen de distribución de la urea, observando que un  $Kt/V > 0.8$  se asociaba a una mejor evolución clínica.

La hipotensión es la complicación más frecuente de diálisis, presentándose en un 20 a 50% de las sesiones de diálisis. La hipotensión intradialítica se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad. Los calambres musculares son la segunda complicación más frecuente, ocurre en 20% de las sesiones y se asocia a tasas altas de ultrafiltración.

A la constelación de síntomas sistémicos y neurológicos se les refiere como síndrome de desequilibrio dialítico. Este síndrome incluye síntomas no específicos como náusea, vómito, cefalea, fatiga, inquietud e incluso convulsiones, coma y arritmias. El riesgo de muerte durante una sesión de hemodiálisis es de 1 en 75,000.

#### **2.2.1.7 Efectos Colaterales/ Complicaciones:**

##### **2.2.1.7.1 Alteraciones Físicas**

###### **✓ Trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base**

- Inicialmente incapacidad para la concentración de la orina con alteración de la capacidad de dilución en fases avanzadas.

✓ **Trastornos del metabolismo fosfocálcico**

- Hiperfosforemia, hipocalcemia e hiperparatiroidismo secundario.
- Disminución de 1,25 (OH) D3.
- Osteodistrofia (osteomalacia, osteítis fibrosa quística, osteoporosis, osteoesclerosis).

✓ **Alteraciones digestivas**

- Anorexia, hipo, náuseas y vómitos, estomatitis, gingivitis (uremia elevada).
- Fetor urémico (disociación de urea a amoníaco).
- Pirosis, gastritis erosiva y duodenitis. Hemorragia digestiva.
- Hepatopatía (incidencia de hepatitis vírica aumentada), ascitis. Pancreatitis.
- Estreñimiento, diarrea.

✓ **Alteraciones endocrinas**

- Amenorrea, esterilidad (atrofia testicular, disfunción ovárica), impotencia.
- Intolerancia hidrocarbonada. Hiperlipemia. Hiperparatiroidismo secundario.

✓ **Alteraciones cardiorrespiratorias**

- Cardiomiopatía: insuficiencia cardíaca y arritmias.
- Neumonitis. Pleuritis fibrinosa. Edema pulmonar atípico.
- Aterosclerosis acelerada: cardiopatía isquémica. Hipertensión arterial.
- Pericarditis urémica.

✓ **Alteraciones hematológicas**

- Anemia normocítica-normocrómica. Linfopenia. Coagulopatía.

✓ **Alteraciones dermatológicas**

- Palidez (anemia); piel cérea (depósito de urea); color amarillento (urocromos).
- Prurito y excoriaciones (hiperparatiroidismo; depósitos de Ca).
- Equimosis y hematomas (defectos de la coagulación).

**2.2.1.7. 2 Alteraciones nutricionales**

Según Daugirdas Jhon, Blake Peter, Ing Todd. (2003) La malnutrición es un problema relativamente frecuente en los pacientes en diálisis crónica, afectando relativamente a una tercera parte de los pacientes. La malnutrición puede ser secundaria a una pobre ingesta nutricional, a un aumento de las pérdidas, y/o a un aumento de catabolismo proteico. Dentro de las causas tenemos:

- Disminución de la ingesta alimentaria: restricciones dietéticas excesivas, retraso en el vaciado gástrico y diarreico, enfermedades y hospitalizaciones recurrentes, disminución de ingesta alimentaria en los días de hemodiálisis, restricciones económicas, depresión.
- Aumento de las pérdidas: pérdidas gastrointestinales de sangre, pérdidas intradialisis.
- Aumento del catabolismo proteico: enfermedades y hospitalizaciones recurrentes, acidosis metabólica, efectos catabólicos de otras hormonas.

Las secuelas de la malnutrición son numerosas e incluye un aumento de la tasa de mortalidad y hospitalización, alteración del proceso de cicatrización de las heridas, aumento de la susceptibilidad a las infecciones, malestar general, fatiga y escasa rehabilitación.

### **2.2.1.7. 3 Alteraciones Psicológicas**

Daugirdas Jhon, Blake Peter, Ing Todd. (2003) nos menciona que los pacientes en diálisis llevan una vida muy anormal. Aquellos que están en programa de hemodiálisis, diálisis peritoneal continua con cilcladora o diálisis peritoneal nocturna intermitente están ligados a una máquina de un modo sin precedentes en la historia de la tecnología médica. Todos los pacientes en diálisis se encuentran miserablemente dependientes de un procedimiento, de un centro y un personal médico, además de estar expuestos a otro tipo de estrés, afectando en mayor o menor medida a todas las áreas de la vida de la persona. A estos cambios se les denomina acontecimientos vitales y todos ellos requieren poner en marcha nuestra capacidad de adaptación. En conjunto la respuesta psicológica de un paciente determinara su personalidad previa, del grado de soporte familiar y social y del curso de la enfermedad subyacente.

Aproximadamente el 10% de los pacientes hospitalizados con insuficiencia renal crónica terminal tienen un trastorno psiquiátrico. Estos probablemente subestiman la magnitud de las enfermedades mentales prevalentes en toda la población. Los problemas psicológicos más importantes que encontramos en los pacientes en diálisis son la depresión, la demencia, las alteraciones relacionadas con el abuso de las drogas y el alcohol y los trastornos de ansiedad y personalidad. En ocasiones, los pacientes con IRC pueden padecer trastornos psicóticos coexistentes. La conducta poco cooperativa puede ser un problema para los pacientes y sus cuidadores. Las dificultades que atañen al trabajo y la rehabilitación son una preocupación creciente tanto para los pacientes como para el personal, y se espera que sean un problema mayor en la población anciana bajo tratamiento médico. La depresión es

probablemente el problema psicológico más importante, porque puede llevar al suicidio o a la suspensión de la diálisis si no se reconoce o no se trata.

La enfermedad supone un cambio de carácter negativo e inesperado, y en el caso de la enfermedad crónica éste es estable y permanente. Habitualmente la sociedad no nos prepara para la enfermedad y mucho menos para que esta sea propia (de uno) o crónica (permanente). De hecho, estamos más preparados para cuidar que para enfermar y para que la enfermedad sea temporal que para su cronicidad.

Existen de hecho dos momentos especialmente difíciles que exponen al paciente y a su familia a un mayor sufrimiento.

- La notificación de la necesidad de diálisis (proximidad de la entrada)
- El inicio de la diálisis

La notificación de la proximidad de la entrada en diálisis es un hito que diferencia la ERC de otras patologías, donde el momento más difícil es el diagnóstico de la enfermedad, frente a la IRC, donde lo más duro es la necesidad del tratamiento y el momento de inicio. En los pacientes con una ERC de larga evolución, podemos ver cierta inestabilidad en el momento de pasar a la consulta. Es aquí donde se observan ciertas similitudes con el momento del diagnóstico en otras enfermedades graves y el impacto se debe fundamentalmente al aumento de conciencia de enfermedad. La adaptación del paciente va a depender del curso y del tiempo que trascurra hasta la fase de necesidad de la diálisis.

El deterioro de la función renal marca la necesidad de diálisis y en muchos casos se da durante el seguimiento en la consulta. Este periodo está marcado por la elección del tratamiento (DPCA o HD), por la frecuencia de visitas al hospital e interacción con el equipo médico y de enfermería, además de por las diferentes pruebas e intervenciones. Esta etapa está asociada en un buen número de casos a cambios en el estilo de vida, con reducción de las actividades cotidianas.

El inicio del tratamiento sustitutivo es el momento de mayor impacto de la enfermedad. Las primeras sesiones de diálisis y especialmente la primera suponen una situación de alto coste emocional y de cómo resulte depende en gran medida la adaptación inicial.

Dentro de los problemas psicológicos referidos por Belloch Amparo, Sandin Bonifacio, Ramos Francisco (2011) tenemos las alteraciones emocionales, estas alteraciones están determinados por:

- ❖ Alteraciones del estado de ánimo (depresión )
- ❖ Los problemas asociados a la ansiedad
- ❖ Los problemas sociales
- ❖ Las alteraciones conductuales

Para efectos de la investigación se analizaran las variables de estudio:

#### **2.2.1.7.3.1 Alteraciones del estado de ánimo (depresión)**

Daugirdas Jhon, Blake Peter, Ing Todd. (2003) La depresión, complicación psicológica más frecuente en los pacientes en diálisis, es habitualmente una respuesta a una pérdida real, potencial o imaginaria.

Sus manifestaciones incluyen un estado de ánimo depresivo persistente, una pobre autoimagen y sentimientos de desesperanza. Los síntomas físicos son habituales e incluyen trastornos del sueño, cambios en la conducta alimentaria, y en el peso, sequedad de la boca, y estreñimiento, y disminución del interés y de la capacidad sexual. Los síntomas cognitivos de la depresión, tales como la desesperanza, los sentimientos de culpabilidad o ideas suicidas son importantes para ayudar al médico a distinguir entre síntomas de la uremia y un trastorno depresivo.

Aproximadamente uno de cada 500 pacientes en diálisis se suicida. Más intentan suicidarse en una o más ocasiones. Un número indeterminado de muertes en los pacientes en diálisis causadas por trasgresión dietética o por un pobre cumplimiento con la prescripción de diálisis (faltar a los tratamientos o acortarlos) puede estar también relacionado con tentativas de suicidio, de un modo consciente o no. Debe tener siempre presente el elevado riesgo de suicidio de esta población.

#### **2.2.1.7.3.1.1 Definición**

Los seres humanos se relacionan o comunican al nivel emocional y reaccionan de manera similar ante determinados estímulos estresantes negativos, de ahí que el entendimiento de las emociones sea una de las principales metas de la ciencia actual, unido a la comprensión y el análisis. En ocasiones, la definición de depresión se realiza bajo el marco de señalar lo que no es depresión, de manera que se corre el riesgo de no tener en cuenta estados que pueden encubrir un trastorno depresivo y, por tanto, no ser tratados. A continuación se analizará de manera simplista lo que definen algunos diccionarios:



"Depresión (psicología), trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer".

Ahora bien, desde el punto de vista científico esta definición, en su totalidad, no puede servir para fundamentar el conocimiento acerca de dicho trastorno, a pesar de que aún en nuestro entorno algunos colegas tienen un criterio parecido a lo indicado en el diccionario.

A menudo, el término depresión es confuso y tiende a ser malinterpretado, ya que se utiliza con excesiva frecuencia para describir estados anímicos negativos normales, que desaparecen con facilidad o tienen un carácter transitorio. La persistencia, la severidad y la capacidad para interferir negativamente en la vida del individuo, son la clave que permite distinguir los síntomas clínicos de la depresión, de aquellos otros estados emocionales negativos y/o fluctuaciones emocionales, habituales, pero que no constituyen una enfermedad.

A pesar de las creencias populares y los mitos, los trastornos depresivos no son causados por una debilidad personal, un fallo de carácter o como consecuencia de una inmadurez psicológica latente. Una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales contribuye y desempeña una función determinante en la aparición, la

consolidación y el desarrollo de los síntomas característicos de la depresión.

Aunque se pueden encontrar varias definiciones acerca de este trastorno, en una de las que señala los aspectos fundamentales se plantea que "es una alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por abatimiento emocional, y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo. Es un trastorno médico mayor con alta morbilidad, mortalidad e impacto económico".

En este concepto se destaca la alteración primaria del estado de ánimo, con lo cual se desea enfatizar que en su interrelación con los elementos cognitivos, estos últimos son secundarios, es decir, el pensamiento de las personas deprimidas está determinado, en primera instancia, por el tono afectivo que presentan, indicado como abatimiento emocional.

#### **2.2.1.7.3.1.2 Epidemiología de los trastornos depresivos**

Desde hace varios años las investigaciones epidemiológicas vienen alertando acerca de las características que matizan este trastorno. En estudios realizados en diferentes países, se ha estimado la depresión de por vida en cifras que pueden oscilar entre 2,9 y 15,4, lo que puede sugerir una variabilidad en los criterios diagnósticos.

La depresión es tal vez la más irreconocida, no diagnosticada y no tratada de las enfermedades médicas, y los costos directos e indirectos son mayores que cualquier otra enfermedad, excepto las cardiovasculares, por esta razón algunos investigadores la han

denominado la gran epidemia silenciosa. En estudios de atención primaria se plantea que es infradiagnosticada en el 31 %, aunque algunos han reportado hasta el 50 %.

Se presenta entre el 5 y 8 % de la población, pero en comorbilidad con otras enfermedades médicas y psiquiátricas puede alcanzar entre el 25 y 30 %. En la actualidad esta enfermedad ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades discapacitantes y se estima que para el año 2020 ocupará el segundo. Es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales.

La depresión es la más común de las enfermedades mentales y ha sido diagnosticada aproximadamente en el 40 % de los pacientes que acuden a la consulta de psiquiatría. Asimismo, es la causa principal de incapacidad, medida en años vividos con incapacidad, y el cuarto factor más importante que contribuye a la carga global de enfermedad, medida en años de vida ajustados a la incapacidad, igual a la suma de los años de vida potencial perdidos, debido a la mortalidad prematura, y los años de vida productiva, perdidos por incapacidad. En Europa, 1 de cada 5 personas padecerá una depresión a lo largo de su vida.

En EE.UU, alrededor del 10 % de las mujeres y el 4 % de los hombres han tomado un antidepresivo en algún momento. La prevalencia puntual de los síntomas depresivos en la población general oscila entre el 9 y 20 %, y el riesgo de sufrir un trastorno depresivo a lo largo de la vida se encuentra entre el 6 y 10 % en los hombres, y el 12 y 20 % en las mujeres. La mayoría de las depresiones permanece sin diagnosticar y, por ello, sin tratar. Dado que una gran parte de los pacientes acude con sus

quejas, frecuentemente inespecíficas, al médico de la familia, este se encuentra en una posición idónea para diagnosticar y en muchos casos tratar la depresión, pero por esta misma razón se puede producir un subregistro.

Desde el 2000, las ventas de los antidepresivos han alcanzado cifras relevantes en la prescripción de medicamentos de cualquier tipo. Todavía los estudios epidemiológicos sugieren que hay un vasto número de individuos depresivos no tratados.

#### **2.2.1.7.3.1.3 Clasificaciones de la depresión**

Las depresiones se agrupan no solo en un continuo de gravedad, sino que representan, además, el paradigma de la dimensionalidad de los trastornos mentales, al conectar los trastornos afectivos con la esquizofrenia, siguiendo el criterio de gravedad:

- Síntomas depresivos.
- Síndrome depresivo.
- Depresión melancólica.
- Depresión psicótica.
- Trastorno esquizoafectivo subtipo afectivo.
- Trastorno esquizoafectivo, subtipo esquizofrénico.
- Esquizofrenia con síntomas depresivos.

✓ **Episodios depresivos.** Los episodios depresivos típicos se caracterizan por:

- Humor depresivo.
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas.

- Disminución de la vitalidad, que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.
- Disminución de la atención y la concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil, incluso en los episodios leves.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no hay respuesta a los cambios ambientales, aunque se pueden presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia.

En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas.

Para el diagnóstico de episodio depresivo en cualquiera de los 3 niveles de gravedad, habitualmente se requiere una duración de al menos 2 semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos son:

- Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras.
- Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de lo habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas).
- Pérdida marcada del apetito.
- Pérdida de peso (5 % o más del peso corporal en el último mes).
- Pérdida marcada de la libido.

Habitualmente, este síndrome somático no se considera presente, al menos que 4 o más de las características anteriores estén definitivamente implícitas.

#### ✓ **Episodio depresivo leve**

Pautas para el diagnóstico. El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, suelen considerarse los síntomas más típicos de la depresión y, como mínimo, 2 de estos 3 deben estar presentes para plantear un diagnóstico definitivo, además de incluirse, al menos, 2 de los síntomas referidos anteriormente. Así mismo, ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar, al menos, 2 semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo sus actividades laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

✓ **Episodio depresivo moderado**

Pautas para el diagnóstico. Deben estar presentes, como mínimo, 2 de los 3 síntomas más típicos, descritos para el episodio depresivo leve, así como al menos 3 (y preferiblemente 4) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades social, laboral o doméstica.

✓ **Episodio depresivo grave, sin síntomas psicóticos.**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de la autoestima y los sentimientos de inutilidad o de culpa sean significativos, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes, casi siempre, durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico. Para confirmar el diagnóstico deben estar presentes los 3 síntomas típicos del episodio depresivo leve y

moderado, y por lo menos 4 de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave, sin embargo, si se presentan síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio.

Normalmente, el episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido, puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de 2 semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con sus actividades laboral, social o doméstica, más allá de un grado muy limitado.

#### ✓ **Trastorno depresivo recurrente**

Este trastorno se caracteriza por episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad, suficientes para satisfacer las pautas de manía. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad, que satisfacen las pautas de hipomanía inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitado por el tratamiento antidepresivo.

La edad de comienzo, gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos pueden ser muy variables. En general, el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar; la edad media



de comienzo tiene lugar en la quinta década de la vida. Los episodios también suelen tener una duración de 3 a 12 meses (duración media de 6 meses), pero las recaídas son menos frecuentes.

La recuperación suele ser completa, de manera que son pocos los enfermos que permanecen crónicamente deprimidos, en especial si se trata de personas de edad avanzada (en estos casos ha de utilizarse también esta categoría). A menudo, acontecimientos vitales estresantes son capaces de precipitar episodios aislados, con independencia de su gravedad, y en muchas culturas son 2 veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, tanto los episodios aislados como cuando se trata de depresiones persistentes.

#### ✓ **Ciclotimia**

Trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica muchos períodos de depresión y euforia leves. Esta inestabilidad aparece por lo general al inicio de la edad adulta y sigue una evolución crónica, aunque a veces el estado de ánimo permanece normal y estable durante meses seguidos. El enfermo no percibe relación alguna entre las oscilaciones del humor y los acontecimientos vitales.

Las oscilaciones del ánimo son relativamente leves y los períodos de euforia pueden ser muy agradables, de manera que la ciclotimia pasa desapercibida, frecuentemente, a la atención médica, lo que puede deberse, en algunos casos, a que los cambios del estado de ánimo son menos evidentes que los cambios cíclicos en el nivel de actividad, la confianza en sí mismo, la sociabilidad o las apetencias. Si fuere necesario,

se puede especificar si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

✓ **Distimia**

Se trata de una depresión crónica de escasa gravedad, de más de 2 años de evolución, que no es continuación de una depresión mayor. Tiene un comienzo insidioso, bien en la primera juventud o de forma tardía, como consecuencia de pérdidas significativas. Su evolución es crónica, persistente o con fluctuaciones; suele haber una personalidad de base alterada, así como situaciones estresantes muy duraderas. Este trastorno limita solo en parte la vida social de la persona.

No se corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios, aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno. La proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable.

A menudo, los enfermos tienen días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

La distimia, por lo tanto, tiene muchos aspectos en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Si fuere necesario, puede especificarse si el comienzo es precoz (tuvo lugar durante la adolescencia o la tercera década de la vida) o tardío.

#### **2.2.1.7.3.1.4 Características clínicas de algunas formas de depresión**

- ✓ **Depresiones crónicas.** Se considera que una depresión tiene un carácter crónico cuando los síntomas duran más de 2 años. Los factores más relacionados con la cronicidad son: edad de inicio tardío de la enfermedad, mayor número de episodios depresivos, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, sexo femenino, envejecimiento, delirios y alucinaciones, abuso concomitante de sustancias, enfermedades físicas y determinados factores ambientales (pérdida de familiares, conflictos de pareja).
- ✓ **Depresión posparto.** Es una depresión mayor que se inicia en las 4 primeras semanas después del parto. Los síntomas son similares a los de cualquier otra depresión mayor. Es más probable que exista labilidad del estado del ánimo (inestabilidad). Las mujeres pueden tener ansiedad importante y llanto. Se ha de distinguir de la tristeza posparto, cuya duración solo es de 3 a 7 días.
- ✓ **Depresión subsindrómica.** Si bien se plantea una mayor prevalencia que la depresión mayor, no existen reportes abundantes sobre el impacto de la calidad de vida o actitudes hacia el envejecimiento. Algunos han reportado que aún los niveles menores de depresión están asociados a un decrecimiento significativo de todos los dominios

de calidad de vida y a un diseño de actitudes negativas hacia el proceso de envejecer.

- ✓ **Depresión psicótica.** La depresión psicótica es un tipo de depresión mayor, cuando la persona también tiene ideas depresivas o pensamientos que no concuerdan con la realidad. El pensamiento es desorganizado y se pueden presentar delirios y alucinaciones; estos últimos son coherentes con el estado de ánimo, lo que significa que concuerdan con aspectos del estado del ánimo de la persona, por ejemplo, el pensamiento irrealista de que alguien quiere hacerle daño, concuerda con los síntomas de baja autoestima y sentimientos de desvalorización.

#### **2.2.1.7.3.1.5 Manifestaciones clínicas de la depresión**

Cuando se presentan los síntomas depresivos, se afectan prácticamente todas las áreas del individuo:

- **Área emocional:** el paciente se siente con el ánimo bajo, triste y angustiado, decaimiento, anhedonia y desinterés.
- **Área cognitiva:** Se manifiestan porque el paciente piensa distinto mientras está deprimido: puede sentirse culpable de algunos hechos biográficos propios o de la familia que, en otras circunstancias, no le hacían sentir culpable, por ejemplo, una mujer puede decir que todo lo malo que le ha pasado a sus hijos es porque ella no ha sido una buena madre; esta puede ser una buena reflexión, que no la hacía con anterioridad, cuando no presentaba todos estos síntomas.

Pueden existir ideas hipocondríacas que impliquen la alteración del juicio de realidad, por ejemplo, tener la convicción de padecer una enfermedad grave. También pueden existir ideas de inutilidad y de ruina (personas que teniendo dinero creen estar arruinadas), de manera que ante situaciones como estas se debe realizar una anamnesis externa (a los familiares), para corroborar si dichas ideas están alejadas de la realidad o no.

Asimismo, son comunes la baja capacidad de concentración, los problemas relacionados con la memoria y un síntoma denominado indecisión penosa, por ejemplo, el enfermo no sabe si levantarse o no; no sabe qué abrigo ponerse y se mantiene así todo el día. Todo ello causa bastante sufrimiento, además, suele presentar ideas suicidas; deseo de estar muerto, que puede manifestarse con diversas manifestaciones, como una idea de suicidio latente, hasta la franca ideación y planificación suicida, que pueden llevarlo a la muerte.

- **Área conductual:** se manifiestan no solo por discapacidad, sino también por alteraciones de la psicomotilidad, con un enlentecimiento que puede llevar al individuo, en los casos más graves, a permanecer prácticamente como una estatua, con poca movilidad y escasa expresión facial. También puede presentarse con inquietud e incluso, agitación psicomotora, en cuyo caso la entrevista es difícil de lograr.
- **Aspecto físico:** es el motivo más frecuente de consulta, son importantes, pues constituyen la puerta de entrada para indagar en todos los demás síntomas ya mencionados. Es frecuente la disminución del apetito, en ocasiones con una disminución importante del peso

corporal, que en los adultos mayores puede llegar a la desnutrición, o un aumento del apetito, con incremento del peso: personas que anteriormente no tenían una tendencia especial por los dulces, ahora suelen tener avidez por estos.

Existen trastornos del sueño que se manifiestan frecuentemente por insomnios de conciliación (de leves a graves), sueño interrumpido y despertar precoz, aunque también puede existir hipersomnia, es decir, la persona puede pasar gran cantidad de horas del día durmiendo. Es común la sensación de cansancio, lo que le hace pensar que se va a agripar o que padece de una enfermedad física importante y presenta dolores múltiples, no solo de cabeza, sino también musculares.

En la práctica médica general estos síntomas son significativos, porque a veces constituyen el motivo de consulta más relevante, además, puede existir una determinada relación entre los síntomas emocionales y físicos, de manera que estos últimos pueden constituir un equivalente

#### **2.2.1.7.3.1.6 Factores de riesgo**

Hoy día se considera que en la depresión pueden incidir muchos factores de riesgo, para que sea más factible el desarrollo de la enfermedad, sin que haya sido posible establecer su conjunto, ni las múltiples interacciones existentes entre estos, además, aún no se sabe a ciencia cierta el peso de cada factor en relación con las circunstancias y el momento de la vida en que se presentan. No obstante, los factores más destacados son los siguientes:

- Antecedentes familiares de depresión.
- Trastornos de ansiedad.
- Distimia.

- Consumo de alcohol y drogas.
- Rasgos de personalidad neurótica.
- Enfermedades cardíacas y endocrino-metabólicas.
- Circunstancias laborales (desempleo, discapacidad, bajas laborales por enfermedad o maternidad).
- Pobreza.
- Polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina.
- Otras enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales.
- Migraña.
- Consumo de depresógenos.
- Estrés crónico, determinado por una sobrecarga emocional, por ejemplo, en el mundo laboral, o por un ritmo de vida acelerado.
- Disminución de la comunicación entre las personas, que lleva a situaciones de soledad.
- Cambios rápidos en la forma de vida, como la desmembración de la familia y la ruptura lenta con las tradiciones y las estructuras sociales.
- Mayor éxito en los tratamientos curativos y paliativos de las enfermedades, lo que ha facilitado una mayor supervivencia en procesos de enfermedad más largos o estados residuales deficitarios.
- Aumento de la esperanza de vida.

#### **2.2.1.7.3.2 Los problemas asociados a la ansiedad**

Las respuestas de ansiedad se observan con frecuencia en las personas que están en hemodiálisis y aunque con menos referencias bibliográficas, los síntomas de ansiedad también están recogidos en la literatura como uno de las demandas psicológicas más frecuentes.

#### **2.2.1.7.3.2.1 Concepto**

La ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad).

En el campo de la psiquiatría ha sido motivo de controversia y confusión los términos ansiedad y angustia, estrés y ansiedad, ansiedad y miedo y la utilización en psicopatología del vocablo ansiedad como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad.

Significados clínicos de ansiedad. En la semiología psiquiátrica la ansiedad se conceptualiza como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad:

1. Ansiedad como sentimiento es una sensación normal de tensión provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas.



2. Ansiedad como síntoma (ej. "siento como si me van a dar una mala noticia" o "como un mal presentimiento", "nerviosismo", "ansias", "temor a no saber qué", etc.) forma parte de cualquier enfermedad psiquiátrica y constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad. El síntoma ansiedad es al trastorno por ansiedad lo que la tristeza es al trastorno por depresión.

3. Ansiedad como síndrome es el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías. El síndrome ansioso puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad.

4. La ansiedad como enfermedad es cuando el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento. Es por lo tanto un trastorno primario (ej. trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por fobia social, etc.).

#### **2.2.1.7.3.2.2 Modelo neuroanatomico de la ansiedad**

En la ansiedad participan estructuras corticosubcorticales de la siguiente manera: La entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información, coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento. Su conexión con distintas estructuras dar lugar a las siguientes reacciones:

1. Con el striatum hay una activación motoresquelética para "huir o atacar".
2. Con el núcleo parabranchial se aumenta la frecuencia respiratoria.
3. Con el núcleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático.
4. Con el locus ceruleus resulta en un aumento de la liberación de norepinefrina, contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. Su conexión con el núcleo paraventricular del hipotálamo da lugar a la liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides como una respuesta hormonal al estrés.
5. Con la región gris periacueductal se desarrolla un comportamiento defensivo y posturas de congelamiento.
6. Con el núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo, se produce activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales.
7. Con el núcleo trigémino y facial motor se produce la expresión facial de miedo y ansiedad (Goddard y Charney).

#### **2.2.1.7.3.2.3 Etiopatogenias de los trastornos de ansiedad**

En el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. Actualmente se acepta que en su origen participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas aprendidas; sin embargo, es

la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

✓ **Factores biológicos**

Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada a la génica se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno.

✓ **Factores psicosociales**

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicas y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.

✓ **Factores traumáticos**

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., suelen provocar serios daños

biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático.

#### ✓ **Factores psicodinámicos**

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo compulsivos (Kaplan).

Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia (Vásquez-Barquero).

#### ✓ **Factores cognitivos y conductuales**

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio. También, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas

ansiosas de los demás. En un caso concreto tenemos a una niña que con frecuencia observa a su madre que experimenta miedo subirse al ascensor (a raíz de haberse quedado encerrada al faltar el fluido eléctrico) y prefiere utilizar las gradas, aprende a tener fobia a los ascensores (Vásquez-Barquero).

#### **2.2.1.7.3.2.4 Prevalencia de los trastornos de ansiedad**

Los trastornos por ansiedad ocupan el primer lugar en la prevalencia de las enfermedades mentales con un 17%, y el riesgo a tenerlos en cualquier momento de la vida aumenta a un 25%, siendo más frecuentes en mujeres que en hombres en una proporción de 2:1. Del 5 al 12% de los pacientes atendidos en atención primaria y entre 25 a 40% de los pacientes hospitalizados tienen algún tipo de trastorno de ansiedad.

En relación al trastorno de estrés postraumático, en poblaciones de riesgo se encuentra una prevalencia entre un 3 a un 58%. En el caso de trastorno de estrés agudo no se tienen estadísticas y lo referente al trastorno de adaptación de tipo ansioso se sabe que corresponde al 13.5% del total de trastornos psiquiátricos atendidos en atención primaria.

En Honduras la prevalencia de trastornos de ansiedad en 33 comunidades es la siguiente: Agorafobia 6.7%, fobia social 6%, ansiedad generalizada 4.1%, trastorno de estrés postraumático 2.7%, trastorno obsesivo compulsivo 2.2 % y trastorno por pánico 1.1%.

#### **2.2.1.7.3.2.5 Síntomas generales de la ansiedad**

##### **✓ Síntomas Motores**

- Temblor, contracciones o sensación de agitación

- Tensión o adormecimiento de los músculos
- Inquietud
- Fatiga

✓ **Síntomas de Hiperactividad vegetativa**

- Dificultades para respirar
- Palpitaciones o taquicardia
- Sudoración o manos frías y húmedas
- Boca seca
- Mareos o sensación de inestabilidad
- Náuseas, diarrea u otras molestias abdominales
- Sofocos o escalofríos
- Micción frecuente
- Dificultad para deglutir o sensación de “nudo en la garganta”

✓ **Síntomas de hipervigilancia**

- Sensación de que va a suceder algo
- Respuesta de alarma exagerada
- Dificultad para concentrarse o “mente en blanco”
- Dificultad para conciliar el sueño
- Irritabilidad

**2.2.1.7.3.2.6 Reconocimiento y Evaluación del paciente con ansiedad**

Para poder reconocer los trastornos de ansiedad es menester que el profesional de salud considere los siguientes aspectos:

1. Que los tenga presente ya que son muy frecuentes en atención primaria: al menos uno de cada diez pacientes que asisten a consulta médica tienen un algún tipo de trastorno de ansiedad.
2. Que la queja más frecuente de presentarse un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo, es el síntoma dolor, especialmente el de espalda, rodillas, cadera, de cabeza, abdominal y torácico.
3. Que los síndromes funcionales (ej. Colon irritable, fibromiálgias, dispepsias, fatiga crónica) tienen más probabilidad de tener subyacente un trastorno ansioso o depresivo.

Las quejas con que suelen consultar con más frecuencia son las somáticas:

- Dolor de cabeza de predominio occipital y dolorimiento y tensión muscular difusa en otras áreas del cuerpo.
- Molestias torácicas como opresión precordial, ahogo, palpitaciones y taquicardia.
- Molestias digestivas: Sensación de estorbo al tragar, náuseas, meteorismo, diarrea y dolores abdominales.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Mareos.
- Sudoración.
- También pueden presentar las siguientes quejas psíquicas:
- Preocupación excesiva.
- Dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos.
- Irritabilidad.

- Temor a que algo grave esté por sucederle (enfermarse, morir, enloquecerse o perder el control).
- Nerviosismo, sobresaltos.

#### **2.2.1.7.3.2.7 Tipos de ansiedad**

##### **✓ Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)**

El TAG se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva por problemas de la vida cotidiana, asociada a síntomas físicos de ansiedad. El TAG es de comienzo insidioso, de evolución crónica, recurrente y con sintomatología continua más que episódica. La característica principal es el humor preocupado persistente asociado a síntomas de tensión motora, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia. Antes de establecer el diagnóstico de TAG deben descartarse trastorno por pánico, depresión y trastorno de adaptación.

##### **✓ Trastorno por pánico (TP)**

El TP se caracteriza por crisis recurrentes, inesperadas y no provocadas de miedo intenso y síntomas físicos de ansiedad severa. Las crisis alcanzan su máxima intensidad antes de 10 minutos y ceden antes de 60 minutos. Frecuentemente se acompaña de agorafobia. Por lo general es de evolución crónica y recurrente.

##### **✓ Trastorno de adaptación con estado de ánimo ansioso (TAA)**

El diagnóstico de TAA debe considerarse en pacientes que presentan síntomas de ansiedad, están experimentando un estresor psicosocial importante y no cumplen criterios de un trastorno de ansiedad generalizada. Los síntomas deben comenzar dentro de los tres meses



siguientes al estresor y no debe diagnosticarse si los síntomas ansiosos persisten más de 6 meses.

✓ **Trastornos fóbicos**

- Fobia específica (FE): Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición de situaciones o estímulos específicos temidos, que da lugar a evitarlos. Los fobias específicas incluyen miedo a los animales, precipicios, ver sangre, ascensores, aviones, etc. El diagnóstico de fobia específica se establece si el comportamiento de evitación interfiere con la rutina normal de la persona.
  
- Fobia social (FS): Presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones públicas del individuo (ej. hablar en público, comer o escribir en público, conocer personas, hablar a figuras de autoridad) en las que teme comportarse en una forma humillante, ridícula o embarazosa, por lo que tiene a evitarlas. Son característicos los síntomas de rubor taquicardia, palpitaciones, sudoración, disnea y temblor cuando se expone a la situación temida.
  
- Agorafobia (A): Fobia a lugares o situaciones donde escapar es difícil (o embarazoso) o bien es imposible encontrar ayuda en caso que aparezca síntomas de ansiedad severa. Los temores más frecuentes son alejarse de la casa, multitudes, congestionamiento vehicular, quedarse solo. Si existe el antecedente de ataques de pánico diagnosticar trastorno de pánico con agorafobia.

✓ **Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)**

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones recurrentes, suficientemente severas para causar sufrimiento marcado e interferir en la rutina normal, en el funcionamiento o en las relaciones interpersonales. No son motivo de consulta frecuente en atención primaria.

Las obsesiones son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes, involuntarios e indeseados (p. ej. pensamientos sexuales, de contaminación, de duda, de violencia)

Las compulsiones son comportamientos que se realizan de una forma ritual (p. ej. lavado de manos, comprobaciones, recuento).

✓ **Trastorno de estrés agudo (TEA)**

El TEA se caracteriza por la presencia de síntomas de ansiedad severos, de síntomas disociativos (trance, sensación de irrealidad), ira, agitación, aislamiento, insomnio y "embotamiento" asociados a una experiencia traumática (p. ej. agresiones físicas, agresiones sexuales, atraco, accidentes, guerras, secuestro, tortura, desastres, recibir información de padecer una enfermedad mortal). Los síntomas son cambiantes y duran de 2 días a 4 semanas.

✓ **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

El TEPT aparece en forma diferida o tardía (semanas o meses), después de un acontecimiento traumático fuera del rango de la experiencia humana normal (como un desastre, violación, incesto, secuestro, tortura, accidentes) el paciente puede ser víctima directa del trauma, haberlo presenciado o le han explicado. Los pacientes presentan experiencia persistente del trauma, evitación de estímulos asociados al

trauma, embotamiento y síntomas de alerta aumentada. Estos síntomas se prolongan por lo menos un mes. El TEPT es agudo si dura menos de tres meses y crónico si dura más de tres meses.

✓ **Trastorno mixto ansioso-depresivo**

Esta categoría debe usarse cuando estén presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico separado. Este tipo de enfermos se ve con frecuencia en atención primaria.

✓ **Síndrome de ansiedad y enfermedad médica**

Prácticamente todos los pacientes experimentan ansiedad ya sea porque la patología la produce, o es una respuesta emocional a la enfermedad, o que tanto la ansiedad como la enfermedad médica tienen una misma causa o que la misma terapéutica medicamentosa la induzca. Es decir, la ansiedad puede seguir a un trastorno orgánico, ser concomitante a él o precederle.

## **2.2.2 Rol de la enfermera en el tratamiento de hemodiálisis**

En el Perú el Seguro Social (EsSalud) a través del Centro de Salud Renal a establecido que la enfermera dentro de las unidades de hemodiálisis cumpla con el siguiente protocolo para la atención de los pacientes.

- Recepción al paciente y cuidador de manera cordial. Brinde comodidad y confort antes de iniciar la valoración.

- Explicar al paciente y cuidador el procedimiento de la valoración inicial a través de la entrevista.
- Iniciar la entrevista al paciente, solicitar datos: generales, antecedentes de su enfermedad y situación actual de salud y demás información relativa a la enfermedad, registrar.
- Realizar el examen físico del paciente, con énfasis en el acceso vascular.
- Indague sobre el conocimiento y capacidad de autocuidado del paciente y/o cuidador.
- Determinar el diagnóstico de enfermería en orden de prioridad.
- Brinde educación para la salud que considere necesaria. Registrar la información.
- Retroalimentar, resolviendo dudas del paciente.
- Dar por finalizada la entrevista, agradezca al paciente y cuidador por su colaboración.

## **2.3 Definición operacional de términos**

### **- Paciente**

Paciente hombre y mujer cuyas edades están entre los 18 y 70 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica que acuden al tratamiento de hemodiálisis en el centro de diálisis Medical Consortium S.A.C.

### **- Paciente con ansiedad**

Paciente que recibe tratamiento de hemodiálisis con una experiencia emocional que implica un ánimo transitorio de tensión, un reflejo de la toma de conciencia de un peligro, un intenso, una respuesta

fisiológica ante una demanda y un estado de sufrimiento mórbido que en exceso es nociva.

**- Paciente con depresión**

Paciente que recibe tratamiento de hemodiálisis que experimenta un estado de ánimo que se caracteriza por un abatimiento emocional, sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda los cuales afectan todos los aspectos de su vida.

**2.4 Planteamiento de la hipótesis**

- Debido a que es un trabajo descriptivo no necesita hipótesis.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo y diseño de la investigación**

El presente estudio de investigación por la naturaleza de su problema fue de enfoque cuantitativo porque su variable fue sujeto de medición; de tipo descriptivo, ya que se determinó y se presentó de manera objetiva y detalla los resultados de la variable; de nivel aplicativo, ya que los resultados contribuyeron a mejorar las actividades de aprendizaje de enfermería y de corte transversal, ya que los datos fueron obtenidos en un determinado periodo de tiempo.

#### **3.2 Lugar de estudio**

El presente estudio de investigación se realizó en el centro de diálisis Medical Consorciun S.A.C, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, A.V Los Héroes 3621, donde acudieron pacientes para recibir tratamiento de hemodiálisis.

### **3.3 Población de estudio**

La población estuvo conformada por todos los pacientes que asistieron a su tratamiento de hemodiálisis durante el mes de abril que en total fueron 30 pacientes.

### **3.4 Unidad de análisis**

Pacientes que acudieron a su tratamiento del primer, segundo y tercer turno en la secuencia de lunes, miércoles y viernes durante el mes de Abril.

### **3.5 Muestra y muestreo**

La muestra estuvo conformada por todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y que puede ser no probabilística por conveniencia llegando en total a 25 pacientes.

### **3.6 Criterios de selección**

#### **3.6.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años que estén sometidos a hemodiálisis en plenas facultades mentales con un mínimo de 6 meses de tratamiento.
- Que den su consentimiento informado.
- Pacientes que acuden regularmente a su tratamiento.

#### **3.6.2 Criterios de exclusión**

- Pacientes que no cumplan con un mínimo de 6 meses.
- Pacientes irregulares.
- Pacientes que no den su consentimiento informado.

### **3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La técnica a utilizar fue la encuesta y el instrumento cuestionario tipo Likert, el cual se diseñó en forma estructurada de acuerdo a las dimensiones e indicadores y constó de las siguientes partes: introducción donde se da a conocer la finalidad del estudio, las instrucciones, datos generales y datos específicos, y el contenido propiamente dicho donde se incluyeron 20 enunciados entre positivos y negativos con sus respectivas alternativas de respuesta (Anexo B). El mismo que fue sometido a validez de contenido, criterio y constructo a través del denominado Juicio de Expertos, dado por 8 profesionales de los cuales 3 docentes inmersos en el área de investigación, 3 enfermeras especialistas en nefrología y 2 psicólogos inmersos en el área, quienes mediante sus aportes permitieron realizar los reajustes necesarios. Obteniéndose el grado de concordancia a través de la prueba binomial de 0.01 ( $P < 0.05$  significativa) (Anexo D). Posterior a ellos se determinó la confiabilidad mediante la prueba estadística del alfa de Crombach obteniendo una fiabilidad de 0.89 (0.8-1) (Anexo E) por lo que este instrumento de investigación ya fue validado y confiable.

### **3.8 Procesamiento para el análisis e interpretación de la información**

Para la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos, para lo cual se envió un oficio dirigido a la gerencia de la clínica Medical Consortium S.A.C, a fin de solicitar la aprobación y autorización respectiva. Posterior a ello se llevó a cabo las coordinaciones con la jefa de enfermeras de la clínica para la aplicación del instrumento



La recolección de datos se realizó en el mes de abril previamente se solicitó a los pacientes el consentimiento informado y la aplicación del instrumento tuvo un promedio de 10-15, minutos por cada paciente.

Luego de realizarse la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel para la elaboración de la base de datos, tablas y gráficos de los resultados, asimismo, se procedió a la elaboración de la tabla de códigos. Una vez determinados los valores se realizó el procesamiento de datos en la tabla matriz. También se utilizó la escala de Stanones para poder medir las variables de estudio. (Anexo F).

Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación utilizándose para ello el marco teórico y los antecedentes.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Luego de haber procesados los datos, estos fueron presentados en cuadros y/o gráficos estadísticos para el análisis e interpretación considerando el marco teórico y antecedentes. Así que tenemos que:

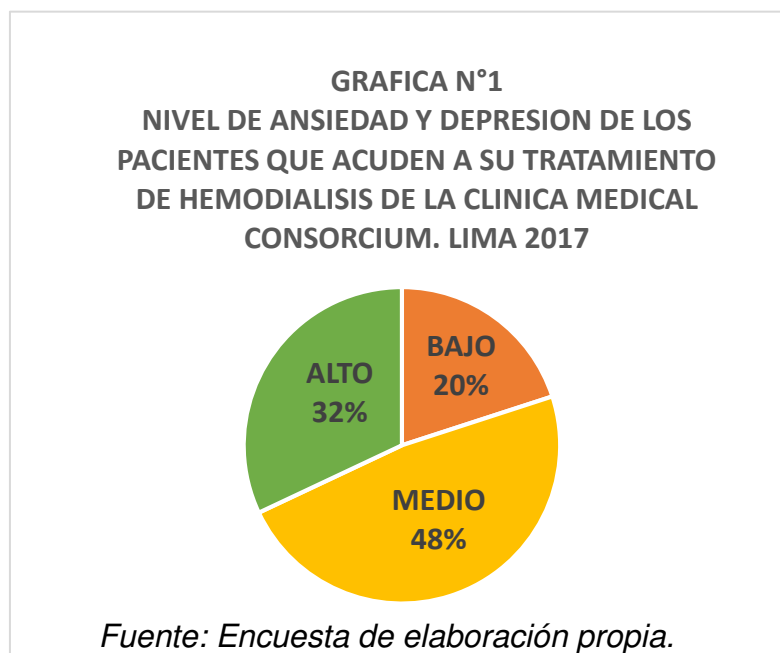
#### **4.1 Resultados**

##### **4.1.1 Datos Generales**

La población estuvo constituida por 25 pacientes (100%), siendo el sexo femenino (48%) y de sexo masculino (52%). En relación con sus edades (36%) tuvieron menos de 44 años, (48%) tuvieron entre 45-64 años y (16%) de 65 años a más. Respecto al estado civil (20%) se encontraron solteros, (72%) se encontraron casados y un (8%) se encontró viudo. (Anexo G).

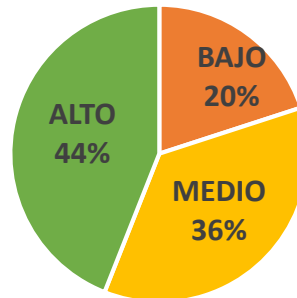
#### 4.1.2 Datos Específicos

Se presenta en relación con el nivel de ansiedad y depresión que acudieron a su tratamiento de hemodiálisis en un centro de diálisis privado el grafico N°1 donde se observa que un total de 100% (25) de pacientes, el 48%(12) presentaron un nivel medio de ansiedad y depresión, frente a un 20%(5) que tuvieron un nivel bajo de ansiedad y depresión.



Sobre el nivel de ansiedad se presenta el grafico N°2 en donde se muestra que un total de 100% (25) de pacientes, el 44%(11) presentaron un nivel alto de ansiedad, frente a un 20%(5) que obtuvo un nivel bajo de ansiedad.

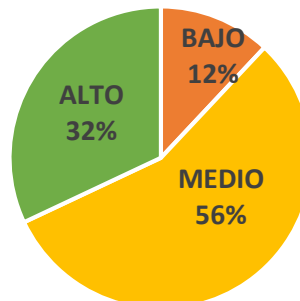
**GRAFICO N°2**  
**NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE**  
**ACUDEN A SU TRATAMIENTO DE**  
**HEMODIALISIS EN LA CLINICA MEDICAL**  
**CONSORCIUM. LIMA 2017**



*Fuente: Encuesta de elaboración propia.*

Con respecto al nivel de depresión se presenta el grafico N°3 en donde se observa que un total de 100% (25) de pacientes, el 56%(14) presentaron un nivel medio de depresión, frente a un 12%(3) que obtuvieron un nivel bajo de depresión.

**GRAFICO N°3**  
**NIVEL DE DEPRESION DE LOS PACIENTES QUE**  
**ACUDEN A SU TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS**  
**DE LA CLINICA MEDICAL CONSORCIUM. LIMA**  
**2017**



*Fuente: Encuesta de elaboración propia.*

## **4.2 Discusión**

La enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis son sucesos vitales altamente estresantes que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, y estos deben ajustarse a la nueva situación que enfrentan y así lograr algún nivel de equilibrio. Es así que estos pacientes presentan con frecuencia trastornos emocionales tales como ansiedad y depresión que afectan el desarrollo de su enfermedad. Por ello la calidad de vida que logren será resultado de la adecuación médica de su hemodiálisis, de su proceso de adaptación psicológica y de su red interpersonal: familia, equipo asistencial e inserción social.

Según Fernández L. (2001). La insuficiencia renal crónica supone cambios y requiere ajustes, relacionados con la persona y con la situación. La afectación está determinada por los cambios asociados a la enfermedad, pero se ve influenciada por múltiples factores, entre los que destaca la respuesta emocional, por su evidencia e implicación en el estilo de vida, las relaciones personales y el afrontamiento. El deterioro de la función renal marca la necesidad de diálisis y en muchos casos se da durante el seguimiento en la consulta. Este periodo está marcado por la elección del tratamiento (diálisis peritoneal o hemodiálisis), por la frecuencia de visitas al hospital e interacción con el equipo médico y de enfermería, además de por las diferentes pruebas e intervenciones. Esta etapa está asociado en un buen número de casos a cambios en el estilo de vida, con reducción de las actividades cotidianas”

Así mismo, los problemas psicológicos pueden ser de diversos tipos. Unos están asociados a la alteración emocional, otros a las relaciones personales, ya sean familiares o sociales, y otros a conductas

inadecuadas. Todos ellos no son incompatibles, siendo los más frecuentes los relacionados con la alteración emocional, tales como, las alteraciones del estado de ánimo (desánimo, depresión), los problemas asociados a la ansiedad, los problemas sociales y las alteraciones conductuales.

Tomando en cuenta esto, en cuanto a los hallazgos encontrados en esta investigación se puede inferir, respecto al gráfico N°1 que la mayoría de pacientes (48%) presenta un nivel medio de ansiedad y depresión en su tratamiento de hemodiálisis, si bien es cierto no predomina un nivel alto hecho que nos daría oportunidad al equipo multidisciplinario de poder trabajar en ello y así disminuir ese porcentaje de lo contrario dejaríamos que estos trastornos avancen perjudicando rotundamente el desarrollo de su enfermedad, además se sabe que la enfermera cumple un rol muy importante porque es el personal de salud que está todo el tiempo que dura su tratamiento con el paciente pudiendo identificar de manera primaria ciertos rasgos característicos de estos trastornos y así trabajar de manera coordinada con todo el equipo de salud. Así mismo, los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) son normales cuando una persona padece de alguna enfermedad pero en las enfermedades crónicas como la enfermedad renal, estas se agudizan aún más llegando a afectar todos los ámbitos en el que se desarrollan ya que en cierta forma pierden su independencia porque están sujetos a un tratamiento de por vida e incluso algunos dependen de algún familiar. De que vale que el día de hoy el paciente haya tenido una excelente sesión de hemodiálisis, es decir, sin ninguna complicación y cuando llega a su casa se quiere suicidar haciendo que todo el trabajo realizado por el personal de salud no fue suficiente. Muchas veces no le damos la importancia debida a estos trastornos emocionales enfocándonos en el procedimiento en sí, suceso

que debe corregirse porque ambos deben de avanzar en simultáneo y así evitar hechos lamentables tales como ideas suicidas, el abandono del tratamiento y por consiguiente la muerte.

Las respuestas obtenidas a las preguntas; sigo disfrutando de lo que solía disfrutar, aguardo las cosas con interés, puedo disfrutar de un libro o un buen programa de televisión y me siento alegre dan mayor relevancia a lo positivo por lo que el resultado fue un nivel medio de ansiedad y depresión.

Estos resultados coinciden con Gonzales P. (2012) ya que identifican una mayor tendencia moderada a severa de ansiedad y depresión.

Según Belloch A., Sandin B. y Ramos F. (2009). Define ansiedad como una señal de alarma, advierte de un peligro inminente y permite a una persona tomar medidas para prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias. Este nivel de ansiedad permite mejorar el rendimiento personal y la actividad pero cuando rebasa un cierto límite aparece una evidente sensación de malestar y se deteriora el rendimiento. Si el estado descrito se mantiene, aún en ausencia de demandas exteriores o de forma exagerada respecto a la entidad del estímulo, es cuando se habla de ansiedad patológica, ya que provoca un malestar clínicamente significativo interfiriendo en todos los aspectos de la vida del individuo (deterioro social, laboral, familiar o de otras áreas).

Las respuestas obtenidas a las preguntas me siento tenso, tengo una sensación atemorizante como un hormigueo en el estómago y me

siento inquieto como si tuviera que estar en movimiento dan mayor relevancia a lo negativo por lo que el resultado fue un nivel alto de ansiedad.

Respecto a la gráfica N°2 se puede inferir que la mayoría de pacientes (44%), presenta un nivel alto de ansiedad en su tratamiento de hemodiálisis, en relación a ello se puede deducir que sabiendo que se trata de una enfermedad renal crónica muchos de estos pacientes podrían llegar a padecer de una ansiedad patológica manifestándose con los siguientes síntomas tales como, sensación de miedo, sensación de terror, inestabilidad, pensamientos perturbadores, percepción de amenaza/peligro, nivel de preocupación, nerviosismo, sensación de pánico, evitación y tensión muscular. Hecho que llama mucho la atención porque este estado afectivo desagradable se estructura como un miedo indeterminado y a espera a un peligro inminente ante la cronicidad y severidad de la enfermedad renal crónica repercutiendo significativamente en su salud.

Estos resultados coincidieron con las investigaciones realizadas por Gómez J. (2011), Paez A y Jofre M. J. (2010), Salazar C. (2015), Gonzales P. (2012); cuyas conclusiones fueron una mayor tendencia ansiosa severa de los encuestados que concuerda muy de cerca con el nivel de ansiedad cuyo resultado, como se ha mencionado, es alto; y difiere de Cuestas A. I. y Vertedor C. (2012), Amador R. y Pons E. (2011).

Según Belloch A., Sandin B. y Ramos F. (2009). Nos dice que la depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar. Además afecta no



solo a quien lo padece sino a las personas que se encuentran a su alrededor. Evidenciando ciertos síntomas; anímicos, motivacionales y conductuales, cognitivos, físicos e interpersonales. En los trastornos anímicos siempre se aprecia, por definición, una alteración del funcionamiento social y laboral. En algunos casos, este estado puede llegar a ser incapacitante: el paciente puede permanecer en la cama casi todo el día, tener bajas laborales continuadas y descuidar las tareas normales de funcionamiento, incluido el aseo personal. Naturalmente, estas consecuencias son mucho más fuertes en casos de depresiones mayores recurrentes que en depresiones mayores de episodio único; en los pacientes recurrentes se incrementa además el riesgo de aparición de enfermedades médicas y de una mayor necesidad de servicios asistenciales, con el coste económico que esto conlleva. Pero la complicación más grave de la depresión es el suicidio.

Las respuestas obtenidas a las preguntas sigo disfrutando de lo que solía disfrutar, aguardo las cosas con interés y puedo reír y ver el lado divertido de las cosas da mayor relevancia a lo positivo por lo que el resultado fue un nivel medio de depresión.

Respecto a la gráfica N°3 se puede inferir que la mayoría de pacientes (56%), presenta un nivel medio de depresión en su tratamiento de hemodiálisis, en relación a ello se puede deducir que si bien no es una cifra alarmante se necesita actuar de manera cautelosa debido a los perjuicios que pueden acarrear si estos niveles aumentan. Así mismo se evidencia en la sala de tratamiento que uno de los problemas para el diagnóstico de la depresión es el solapamiento que se puede dar entre algunos síntomas propios de la enfermedad y los síntomas físicos

característicos de la depresión tales como apatía, tristeza, desinterés por el arreglo personal, pérdida del interés, sensación de vacío, falta de motivación, falta de concentración, irritabilidad, pensamiento negativos de desesperanza, falta de sueño, pérdida del apetito, molestias corporales difusas y deterioro de las relaciones interpersonales. Es aquí que la enfermera juega un rol importante al identificar tiempo estos síntomas y así evitar la complicación más grave de la depresión que por lo estudiado termina en suicidio.

Estos resultados coinciden con Salazar C. (2015) y Gonzales P. (2012) cuyas conclusiones fueron una mayor tendencia depresiva moderada de los encuestados que concuerda muy de cerca con el nivel de depresión cuyo resultado, como se ha mencionado, es medio; y difieren de Cuestas A. I. y Vertedor C. (2012), Amador R. y Pons E. (2011) y Páez A y Jofre M. J. (2010).

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

- El nivel de ansiedad y depresión de los pacientes que acuden al tratamiento de hemodiálisis es medio, en un grado tal que precisaría algún tipo de intervención o tratamiento, ya que la importante repercusión que los trastornos emocionales tienen sobre el bienestar de los pacientes, así como su posible influencia sobre la supervivencia, hacen imprescindible su abordaje diagnóstico y terapéutico
- El nivel de ansiedad es alto en los síntomas de hipervigilancia, tales como percepción de amenaza, sensación de miedo y preocupación elevada; y síntomas motores como tensión muscular y fatigabilidad.
- El nivel de depresión es medio en las áreas cognitiva tales como, falta de concentración y deterioro de las relaciones interpersonales; y área física como pérdida de sueño, pérdida de peso y dolores corporales difusos.

## **5.2 Recomendaciones**

- Realizar investigaciones similares a nivel nacional relacionadas con el tema de estudio en lo que respecta al cuidado especializado de enfermería a pacientes sometidos a hemodiálisis.
- Tener en cuenta las reacciones emocionales del paciente que recibe el tratamiento ya mencionado.
- Implementar programas de intervención de enfermería en las reacciones emocionales del paciente que recibe hemodiálisis para mejorar la calidad del cuidado especializado de enfermería ya que todo paciente tiene derecho al cuidado integral y a ser atendido en todas sus esferas.

## **5.3 Limitaciones**

- Los resultados de estudio no se pueden generalizar a otras esferas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OMS (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%, Organización Mundial de la Salud. Disponible en; <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>.
- OPS (2016). Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Organización Panamericana de la salud. Disponible en:[http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es).
- Rodríguez J., Kohn R. y Aguilar S. (2009) Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- MINSA (2012). Minsa: Cuatro de cada diez peruanos presentarían problemas de salud mental. Ministerio de Salud del Perú. Disponible en: <http://10-10-2012/minsa-cuatro-de-cada-diez-peruanos-presentarian-problemas-de-salud-mental>.
- Rondon M. B. (2011). Salud Mental: Un problema de salud pública en el Perú: Rev Peru Med Exp Salud Publica. Disponible en: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/viewFile/1053/1053>.

- Cuestas A. I. y Vertedor C.C. (2012). Actividad física, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis (Tesis de maestría).Universidad de Málaga, España.
- Mesa M. M., Vázquez J. y Álvarez N. R. (2012).Depresión y ansiedad en los pacientes de hemodiálisis. (Estudio de investigación). Instituto de Nefrología, La Habana – Cuba.
- Gómez J. M., Naranjo L. y Olarte E. J. (2011). Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia – Quindío. (Estudio de investigación), Quindío – Colombia.
- Amador R., Pons E. y Espinosa C. (2011). Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis: La creatividad para combatirlas. (Estudio de investigación). Universidad de Málaga, Málaga-España.
- Páez A. E., Jofré M. J., Azpiroz C. R. y De Borteli M. A. (2010) Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. (Estudio de investigación). Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- Salazar C. (2015). Nivel de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de medicina interna del Hospital Dos de Mayo. Lima-Perú. Julio 2015 – Diciembre 2015. (Tesis para optar título de médico cirujano) Universidad Ricardo Palma, Lima – Perú.

- Gonzáles P. (2012) Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con infarto agudo marzo a abril, 2012. (Tesis para Especialidad) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú.
- Valencia A. G. (2010). Nivel de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N°5, Arequipa 2010. (Tesis para Especialidad).Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.
- Pimentel Rodriguez Monica, Bisso Andrade Aland. (2010). Nivel de ansiedad y depresión en pacientes VIH/SIDA asintomáticos y sintomáticos. (Tesis para Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú.
- Daugirdas Jhon, Blake Peter, Ing Todd. (2003) Manual de Dialisis. España: Masson.
- Gómez A., Arias E. y Jiménez C. (2014) Insuficiencia renal crónica. Tratado de geriatría para residentes. p 637-646.
- Belloch Amparo, Sandin Bonifacio, Ramos Francisco (2011) Manual de Psicopatología Vol II. España: Mc Graw-Hill.
- Centro de Salud Renal (EsSalud). (2013). Manual de Normas y Procedimientos de enfermería para la atención del paciente con ERC en tratamiento de hemodiálisis. Versión 2. Lima-Perú.

## **ANEXOS**



## ANEXO A

### OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL
Nivel de ansiedad del paciente que acude al tratamiento de hemodiálisis en un centro de diálisis privado. Lima 2016	La ansiedad es una experiencia emocional caracterizado por una sensación normal de tensión provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas.	Síntomas Motores          Síntomas de hiperactividad vegetativa	-Temblor, contracciones o sensación de agitación -Tensión muscular -Fatigabilidad  -Sensación de ahogo -Palpitaciones o taquicardia -Sudoración -Boca seca -Inestabilidad -Molestias abdominales -Sofoco -Micción frecuente	Son manifestaciones psicopatológicas frecuentes en pacientes que padecen enfermedad renal crónica y que además están recibiendo tratamiento de hemodiálisis; que será evaluada a través de una	-Alto -Medio -Bajo

		Síntomas de hipervigilancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nerviosismo</li> <li>-Percepción de amenaza/peligro</li> <li>-Sensación de miedo</li> <li>-Sensación de terror</li> <li>-Sensación de pánico</li> <li>-Pensamientos perturbadores</li> <li>-Nivel de preocupación</li> </ul>	escala de tipo Likert modificada cuyos valores finales serán en alto, medio y bajo.	
Nivel de depresión del paciente que acude al tratamiento de	La depresión es una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda	Área emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tristeza</li> <li>-Decaimiento</li> <li>-Anhedonia</li> <li>-Desinterés</li> <li>-Angustia</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alto</li> <li>-Medio</li> <li>-Bajo</li> </ul>

hemodiálisis en un centro de diálisis privado. Lima 2016	tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Área cognitiva	-Falta de concentración -Problemas de rendimiento laboral -Conflictos en el hogar -Deterioro de las relaciones interpersonales -Pensamientos negativos de desesperanza		
		Área conductual	-Falta de motivación -Apatía -Sensación de vacío		
		Área física	-Pérdida de apetito -Pérdida de peso -Falta de sueño -Dolores corporales difusos		

## **Anexo B**

### **INSTRUMENTO**

#### **1. Presentación**

Buenos días/tardes soy Cristina Nieto Rivera, estudiante de la segunda especialidad de enfermería, me encuentro realizando el trabajo de investigación titulado “Nivel de ansiedad y depresión del paciente que acude al tratamiento de hemodiálisis en un Centro de Diálisis Privado Lima –Perú 2017”, solicito su participación respondiendo el siguiente cuestionario, cabe decir que es de carácter anónimo, se garantiza la confiabilidad y se le solicita que responda los ítems con sinceridad y de acuerdo a sus experiencias. Agradezco anticipadamente su participación.

#### **2. Datos generales**

Sexo: M      F

Estado civil:      soltero    casado    viudo

Edad: a. 25 – 44    b. 45-64    c. 65 a más

Tiempo de enfermedad: a. Menos de 5 años    b. Más de 5 años

Veces que acude a su diálisis: a. 1 vez por semana    b. 2 veces por semana    c. 3 veces por semana

#### **3. Datos específicos**

**1. Puedo manejar el control de las cosas en esta etapa de mi vida.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

**2. Siento que nada me preocupa aun estando enfermo.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

**3. Me siento seguro de las cosas que estoy realizando.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

**4. Puedo permanecer tranquilo y sentirme relajado.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces

- d. Nunca

**5. Pensamiento perturbadores atraviesan por mi mente en este proceso.**

- a. Nunca
- b. A veces
- c. Casi siempre
- d. Siempre

**6. Tengo sensación desagradable, como un hormigueo en el estómago cada vez que tengo que dializarme.**

- a. Nunca
- b. A veces
- c. Casi siempre
- d. Siempre

**7. Siento que todo está bien antes y después de dializarme.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

**8. Suelo pasar varios momentos con mi familiar en mi hogar.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

**9. Siento mucha tensión en los músculos de cuello casi todo el tiempo.**

- a. Nunca
- b. A veces
- c. Casi siempre
- d. Siempre

**10. Tengo miedo como si algo terrible fuera a ocurrir.**

- a. Nunca
- b. A veces
- c. Casi siempre
- d. Siempre

**11. Sigo disfrutando de lo que solía disfrutar a pesar de que me encuentro enfermo.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

**12. Puedo reír y ver el lado divertido de las cosas.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

**13. Me preocupa mi aspecto personal al encontrarme en casa o en la calle.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

**14. He perdido el interés por las cosas después de enterarme que estoy enfermo.**

- a. Nunca
- b. A veces
- c. Casi siempre
- d. Siempre

**15. Puedo disfrutar de un libro o un buen programa de televisión.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

**16. Siento que soy muy importante para mis seres queridos.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

**17. Puedo dormir con facilidad todas las noches a pesar de mi enfermedad.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. Nunca

**18. He perdido el apetito después de contraer esta enfermedad ya que todo me hace daño.**

- a. Nunca
- b. A veces
- c. Casi siempre
- d. Siempre

**19. Siento que todo me molesta al mí alrededor.**

- a. Nunca
- b. A veces

- c. Casi siempre
- d. Siempre

**20. Puedo conseguir amigos con facilidad al igual que antes de mi enfermedad.**

- a. Siempre
- b. Casi siempre
- c. A veces
- d. siempre

## **ANEXO C**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....con DNI.....  
..... en pleno uso de mis facultades mentales y habiendo  
recibido la información completa de la investigación que realiza la Srta.  
María Cristina Nieto Rivera, alumna de la segunda especialidad de  
Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos titulado  
“Nivel de ansiedad y depresión de los pacientes que acuden al tratamiento  
de hemodiálisis en un centro de diálisis privado Lima-Perú 2017”

Acepto participar libremente en esta investigación.



## ANEXO D

### GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES SEGÚN LA PRUEBA BINOMIAL

N°	JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035
4	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es Negativa

1: Si la respuesta es Positiva

$$P = \frac{0.09}{7} = 0.01$$

7

Si  $P < 0.05$  la concordancia es significativa

## ANEXO E

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento: Escala Likert se procedió a utilizar la formula Alfa – Crombach.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

$$K=20$$

$$K-1=19$$

$$Si^2= 6.34$$

$$St^2=29.61$$

Reemplazando en la expresión (1):

**Se obtiene Alfa de Crombach = 0.83**

Por lo tanto el instrumento es confiable

## ANEXO F

### MEDICION DE LA VARIABLE

#### MEDICION DE LA VARIABLE ANSIEDAD Y DEPRESION

##### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Total de la escala	25	10	36	19,32	6,951
N válido (según lista)	25				

$$A = x - 0.75 (S)$$

$$A = 19,32 - 0.75 (6) = 14$$

$$B = x + 0.75 (S)$$

$$B = 19,32 + 0.75 (6) = 25$$

**Alto >25**

**Medio 14 - 25**

**Bajo <14**

## MEDICION DE LA VARIABLE ANSIEDAD

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
totA	25	4,00	18,00	9,2000	3,82971
N válido (según lista)	25				

$$A = 9 - 0.75 (3) = 6$$

$$B = 9 + 0.75 (3) = 12$$

**Alto >12**

**Medio 6 - 12**

**Bajo <6**

## MEDICION DE LA VARIABLE DEPRESION

### Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
totD	25	6,00	18,00	10,1200	3,28278
N válido (según lista)	25				

$$A = 19 - 0.75 (3) = 8$$

$$B = 10 + 0.75 (3) = 13$$

**Alto >13**

**Medio 8 - 13**

**Bajo <8**

**ANEXO G**

**DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN  
TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN LA CLINICA  
MEDICAL CONSORCIUM S.A.C  
LIMA- PERU 2017**

<b>DATOS GENERALES</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>	
Masculino	52%
Femenino	48%
<b>ESTADO CIVIL</b>	
Soltero	20%
Casado	72%
Viudo	8%
<b>EDAD</b>	
25-44 años	36%
45-64 años	48%
65 a más años	16%
<b>TIEMPO DE ENFERMEDAD</b>	
Menos de 5 años	45%
Más de 5 años	55%
<b>VECES QUE ACUDE A SU DIALISIS</b>	
1 vez por semana	0%
2 vez por semana	2%
3 vez por semana	98%

## LISTA DE TABLAS

### TABLA N°1

#### NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE LOS PACIENTES QUE ACUDEAL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN UNA CLINICA PRIVADA LIMA 2017

NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESION	N°	%
Alto	8	32%
Medio	12	48%
Bajo	5	20%

*Fuente: instrumento aplicado a pacientes de la clínica de diálisis Medical Consorcium S.A.C-2017.*

### TABLA N°2

#### NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS PACIENTES QUE ACUDE AL TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN UNA CLINICA PRIVADA LIMA 2017

IVEL DE ANSIEDAD	N°	%
Alto	11	44%
Medio	9	36%
Bajo	5	20%

*Fuente: instrumento aplicado a pacientes de la clínica de diálisis Medical Consorcium S.A.C-2017.*

**TABLA N°3**

**NIVEL DE DEPRESION DE LOS PACIENTES QUE ACUDE AL  
TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN UNA CLINICA  
PRIVADA LIMA 2017**

NIVEL DE DEPRESION	N°	%
Alto	8	32%
Medio	14	56%
Bajo	3	12%

*Fuente: instrumento aplicado a pacientes de la clínica de diálisis Medical Consortium S.A.C-2017.*